



Bollettino ufficiale della Regione Puglia n. 72 del 10/05/2011

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 12 aprile 2011, n. 691

Del. G.R. n. 1984 del 28 ottobre 2008 “Linee guida regionali per la non Autosufficienza” e L.R. n. 2/2010 - art. 4 comma 6. Approvazione Linee guida regionali per l’accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari.

L’Assessore al Welfare, dr.ssa Elena Gentile, di concerto con l’Assessore alle Politiche per la Salute, prof. Tommaso Fiore sulla base dell’istruttoria espletata dall’Ufficio Integrazione Sociosanitaria tenuto conto del lavoro svolto dalla Commissione Regionale per l’Integrazione Sociosanitaria, così come confermata dalla dirigente del Servizio Programmazione Sociale e Integrazione Sociosanitaria di concerto con il dirigente del Servizio Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferiscono quanto segue.

Visti:

- La l.r. n. 19/2006 e s.m.i.;
- La l.r. n. 25/2006;
- La l.r. n. 26/2006;
- Il Regolamento Regionale n. 4/2007 e s.m.i.;
- Il Protocollo di intesa Regione - ANCI -OO.SS. per il tavolo sulle non autosufficienze, siglato in data 04.08.2009;
- La l.r. n. 23/2008 recante l’approvazione del Piano Regionale di Salute 2008-2010;
- Il Piano di Azione per gli Obiettivi di Servizio - Obiettivo ADI (FAS 2007-2013);
- La Del. G.R. n. 1984 del 28 ottobre 2008 recanti Linee guida regionali per le politiche per le non autosufficienze;
- La Del. G.R. n. 1875 del 13 ottobre 2009 di approvazione del “Piano regionale delle Politiche Sociali 2009-2011”;
- La l.r. n. 2/2010;
- La l.r. n. 4/2010.

Premesso che:

- Il Piano Regionale di Salute 2008-2010, approvato con L.R. n. 23/2008 prevede tra le priorità strategiche per il consolidamento del Servizio Sanitario Regionale il rafforzamento della rete dell’assistenza domiciliare con riferimento alle prestazioni sanitarie (ADS) e alle prestazioni sociosanitarie integrate (ADI), e assegna quale obiettivo operativo a tutte le ASL e distretti sociosanitari la costituzione di equipe professionali integrate per gli interventi domiciliari e la definizione delle necessarie intese con gli Ambiti territoriali per l’attuazione dei Piani Sociali di Zona, al fine ottimizzare gli interventi in termini di efficacia e di efficienza economicoorganizzativa e di integrare i percorsi di presa in carico;
- Il Piano di Azione per gli Obiettivi di Servizio (FAS 2007-2013) con riferimento all’Indicatore S.06

“Numero di anziani assistiti in ADI sul totale della popolazione anziana residente (65 anni e oltre)” individua quali priorità di intervento:

1. il rafforzamento dei Punti Unici di Accesso (PUA) per favorire l'accesso integrato alla rete dei servizi da parte degli utenti;
 2. la messa a regime e la piena operatività delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) in tutti i distretti sociosanitari per la valutazione e la presa in carico integrata Distretto-Comuni;
 3. il potenziamento dei servizi sociosanitari e socioassistenziali a carattere domiciliare con riferimento all'obiettivo di portare la % di copertura della popolazione anziana con prestazioni ADI dal 2% del 2005 al 2,375% del 2009, per arrivare al 3,5% entro il 2013;
- Il Piano di azione regionale per le Non Autosufficienze, approvato con Del. G.R. n. 1984/2008, finanziato a valere sulle risorse nazionali del FNA 2007-2009 e sulle risorse regionali del Fondo Regionale per l'assegno di Cura 2008-2009, ha confermato, per la parte degli interventi a carattere socio-sanitario, la necessità di implementare strumenti e percorsi di presa in carico integrata attraverso le PUA (Porte Uniche di Accesso) e le UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale);
 - Il Protocollo di Intesa Regione Puglia - ANCI Puglia - OOSS siglato in data 4 agosto 2009 ha espressamente previsto, quale obiettivo prioritario, il rafforzamento della rete del welfare d'accesso specificamente rivolta ai bisogni complessi o sociosanitari integrati, con specifico riferimento alla costituzione della rete regionale delle PUA e delle UVM in attuazione delle priorità previste nel Piano Regionale di Salute 2008-2010 e nelle Linee Guida per le Non Autosufficienze, con l'obiettivo del pieno funzionamento di PUA e la costituzione di UVM in ogni distretto sociosanitario/ambito territoriale, assicurando la massima integrazione con gli investimenti in corso di realizzazione per la costituzione dell'N-SISR (Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale) e per l'applicazione dei decreti ministeriali (dicembre 2008) sui flussi informativi per le prestazioni sanitarie residenziali e domiciliari.
 - Il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-2011, approvato con Del. G.R. n. 1875 del 13 ottobre 2009, pubblicato sul BURP n. 167 del 26 ottobre 2009, ha indicato, quale Obiettivo di Servizio prioritario, la costituzione di almeno 1 PUA per Ambito Territoriale/Distretto Sociosanitario e la presa in carico integrata attraverso le Unità di Valutazione Multidimensionale.
 - La L.R. n. 2/2010 istitutiva del Fondo Unico per la Non Autosufficienza e la L.R. 4/2010 “Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali” ribadiscono la necessità che, al fine di garantire l'appropriatezza della presa in carico, l'accesso ai servizi sociosanitari territoriali avvenga per il tramite della Porta Unica di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale competente per territorio.

Considerato che:

- La Regione Puglia, negli atti normativi e programmatori in materia di integrazione sociosanitaria, ha più volte indicato la necessità di addivenire, nel più breve tempo possibile, ad una strategia programmatica condivisa, al fine di perseguire comuni obiettivi di salute e di benessere sociale, razionalizzare l'offerta dei servizi, ottimizzare l'utilizzo delle risorse.
- Sotto il profilo istituzionale il luogo principale per la realizzazione dell'integrazione è il distretto sociosanitario, i confini amministrativi coincidono con quelli dell'ambito territoriale sociale. Sul piano gestionale è necessario che i diversi servizi distrettuali e di ambito promuovano progressivamente luoghi di coordinamento e spazi di lavoro comune che, nel rispetto delle diverse aree di competenza, superino rigide separazioni di funzioni e sviluppino forme di collaborazione operativa. Nei sistemi organizzativi e gestionali dell'area dell'integrazione, infatti, una parte rilevante dell'efficacia degli interventi si gioca sulla capacità di fare rete tra i diversi servizi, obiettivo che deve essere perseguito con convinzione e competenza, evitando il rischio di produrre discontinuità e sovrapposizione tra le diverse unità operative e tra le diverse tipologie d'intervento. Su questo versante, in questa fase, appare indispensabile definire strumenti di lavoro condivisi, équipes integrate, protocolli operativi e linee guida, ma soprattutto occorre promuovere la capacità di lavoro comune, che si alimenta di conoscenza professionale, rispetto e fiducia, obiettivi che possono essere perseguiti anche con attività formative congiunte, oltre che con

procedure e strumenti che promuovano lo scambio di informazioni e la comunicazione reciproca tra i diversi operatori territoriali.

- La programmazione regionale in materia di salute e benessere sociale, in coerenza con gli orientamenti della programmazione nazionale, indica chiaramente quale ambito specifico d'intervento sul quale sviluppare prioritariamente l'integrazione sociosanitaria il welfare d'accesso e la valutazione multidimensionale. Ciò si traduce concretamente nell'implementazione e nel potenziamento della Porta Unica di Accesso (PUA) e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), già previsti dalla normativa regionale, che da qualche anno gli enti locali e i distretti sociosanitari stanno sperimentando sul territorio regionale. L'obiettivo è quello di: semplificare l'accesso al sistema dei servizi, ricondurre ad unità il percorso di cura della persona, migliorare l'appropriatezza della risposta assistenziale.

- Negli anni passati lo sviluppo delle PUA e delle UVM è proceduto sul territorio regionale in modo eterogeneo, come spesso accade quando s'introducono elementi d'innovazione nei sistemi organizzativi complessi, come quello sociosanitario. In questa fase occorre porre in essere uno sforzo congiunto per riportare a omogeneità la risposta assistenziale nei diversi contesti territoriali, soprattutto sul piano delle procedure e degli strumenti operativi, a garanzia dell'equità dell'offerta assistenziale per tutti i cittadini pugliesi.

Sulla scorta di tali considerazioni e su mandato esplicito della Giunta Regionale, gli uffici dell'Assessorato al Welfare e alla Salute, insieme all'Agenzia Regionale Sanitaria, in seno alla Commissione Regionale per l'Integrazione Sociosanitaria (CRISS), istituita con Del. G.R. n. 895 del 19.06.2007 e rinnovata nella sua composizione con Del. G.R. n. 1982 del 20 settembre 2010), in attuazione dell'art. 11 della l.r. n. 19/2006 e s.m.i., hanno elaborato un documento tecnico condiviso contenente le linee di indirizzo in materia di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari territoriali. Il documento, che è stato ampiamente dibattuto dalla Commissione nelle sedute svoltesi tra novembre 2010 e gennaio si articola in due parti.

Nella prima parte sono contenuti gli "orientamenti operativi" che i due assessorati (Politiche per la Salute e Welfare) hanno elaborato in tema di "Accesso al sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali" e ripercorre in dettaglio il quadro normativo di riferimento, le priorità di azione per l'integrazione sociosanitaria, le linee di intervento e le modalità organizzativo-gestionali delle funzioni di accesso alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari territoriali.

Nella seconda parte, che si configura come "Appendice" al documento, sono definiti: gli schemi di regolamenti, le procedure operative e la modulistica di riferimento.

Con nota prot. n. 147 del 17 gennaio 2011 si è provveduto a darne diffusione presso tutti i direttori di Distretto Sociosanitario ed ai responsabili degli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali sociali al fine di recepire eventuali osservazioni o proposte di modifica dalle strutture tecnicoamministrative già responsabili dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi e della valutazione dei casi per la maggiore appropriatezza delle risposte erogate attraverso gli appositi Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI).

Le osservazioni al documento, pervenute in forma scritta all'Ufficio integrazione socio sanitaria, sono state discusse in seno alla Commissione ISS nelle sedute del 1° febbraio e 13 febbraio 2011. Nella seduta del 8 marzo 2011 la CRISS ha licenziato il documento finale, rinviando a successivi atti l'approvazione degli strumenti di valutazione elaborati in seno al tavolo per la sanità elettronica.

Pertanto si propone alla Giunta Regionale di approvare con il presente provvedimento le "Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari", così come riportate nell'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

E' opportuno rilevare in questa sede che le Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari costituiscono anche una importante occasione per promuovere la piena integrazione tra le risorse umane che a diverso titolo, con ruoli e funzioni diverse, si occupano della "presa in carico" di persone con bisogni complessi di natura sociosanitaria.

Sezione Copertura Finanziaria ai sensi della legge regionale n° 28/2001 e successive modificazioni ed integrazioni.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere aggiuntivo a carico del Bilancio Regionale.

Il provvedimento è di competenza della Giunta Regionale ai sensi delle leggi costituzionali n. 1/1999 e n. 3/2001, nonché dell'art. 44 dello Statuto della Regione Puglia (l.r. n. 12 maggio 2004, n.7).

L'Assessore relatore, di concerto con l'assessore alle Politiche per la Salute, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate propone alla Giunta l'adozione del presente provvedimento.

LA GIUNTA

Udita la relazione e la conseguente proposta degli Assessori;

Viste le dichiarazioni poste in calce al presente provvedimento dal Dirigente del Servizio;

A voti unanimi espressi nei termini di legge;

DELIBERA

- di fare propria la relazione degli assessori proponenti il presente provvedimento, che qui si intende integralmente riportata;
- di prendere positivamente atto del proficuo lavoro svolto dalla Commissione Regionale per l'Integrazione Sociosanitaria;
- di approvare "Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari)", così come riportate nell'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di rinviare a successivi provvedimenti l'approvazione degli strumenti di valutazione elaborati in seno al tavolo per la sanità elettronica;
- di trasmettere il presente provvedimento al Servizio Comunicazione Istituzionale per la pubblicazione sul BURP.

Il Segretario della Giunta Il Presidente della Giunta
Dott.Romano Donno Dott.Nichi Vendola



REGIONE PUGLIA

**Assessorato alle
Politiche della
Salute**

Servizio Programmazione Assistenza
Territoriale e Prevenzione

**Assessorato Al
Welfare**

Servizio Programmazione Sociale e
Integrazione Sociosanitaria

Ufficio Integrazione Sociosanitaria



Area Programmazione Attuativa
Assistenza Ospedaliera;

Area Programmazione Attuativa
Assistenza Territoriale

Servizio Integrazione Ospedale-
Territorio e Integrazione Socio-
Sanitaria

**Via Caduti di
Tutte le
Guerre, 15
70126 Bari**

**LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ACCESSO
AI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI ED ALLA
RETE INTEGRATA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI**

ALLEGATO A

*Il presente allegato si compone di n 42 (quarantadue) pagine,
inclusa la presente copertina*

Indice

PREMESSA	3
FINALITÀ	4
IL QUADRO NORMATIVO E PROGRAMMATICO	4
LA PORTA UNICA DI ACCESSO E L'UNITÀ DI VALUTAZIONE	
MULTIDIMENSIONALE	7
Principi generali	7
La Porta Unica di Accesso (PUA)	8
Le risorse umane della PUA	10
L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)	12
La valutazione multidimensionale	15
Adempimenti e procedure attuative	17
APPENDICE	18
ALLEGATO SUB "D": PROCEDURE PER LE DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE (DOP)	18
ALLEGATO "A"	19
SCHEMA DI REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELLA PUA	19
Art. 1 – Definizione.....	19
Art. 2 – Modalità operative e raccordo con i servizi di accesso territoriali.....	19
Art. 3 – Obiettivi.....	20
Art. 4 – Prestazioni socio sanitarie.....	20
Art. 5 – Organizzazione.....	21
Art. 6 – Composizione.....	21
Art. 7 – Compiti della PUA.....	22
Art. 8 – Modalità di accesso alle prestazioni.....	22
Art. 8 - Formazione.....	22
ALLEGATO "B"	24
SCHEMA DI REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELL'UVM	24
Art. 1 – Definizione.....	24
Art. 2 – Obiettivi.....	24
Art. 3 - Destinatari.....	25
Art. 4 – Competenza territoriale.....	25
Art. 5 – Compiti dell'UVM.....	25
Art. 6 – Composizione e funzionamento della UVM.....	27
Art. 7 - Procedure.....	27
ALLEGATO "C"	29
PROCEDURE DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI TERRITORIALI: CURE DOMICILIARI E ASSISTENZA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI	29
Premessa	29
La procedura di accesso ai servizi socio sanitari territoriali è unica per tutte le tipologie di servizi (domiciliari, residenziali e semiresidenziali) e si articola nelle seguenti fasi:.....	29
Le fasi della "presa in carico"	29
Le cure domiciliari (vedi glossario)	30
Criteri di ammissione ed eleggibilità.....	30
Compiti dell'UVM e rapporti con il Medico di Medicina Generale dell'assistito.....	31
L'assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali	32
Destinatari e criteri di eleggibilità verso la residenzialità.....	32
Altri Interventi a carico della ASL di competenza.....	33

ALLEGATO “D”	34
PROCEDURE PER LE DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE (DOP)	34
Casi di eleggibilità per la DOP verso le cure domiciliari.....	34
Procedure di attivazione	34
Procedure di valutazione.....	35
MODULISTICA	36
Scheda di accesso:.....	36
Istanza di ricovero in struttura residenziale e semiresidenziale:.....	36
Autorizzazione al ricovero:.....	36
MODULO A: Scheda di accesso.....	37
MODULO B: RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA EX R.R. n.4/2007e R.R. n 8/02) O DI CURE DOMICILIARI.....	39
RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA (EX R.R. n.4/2007 e R.R. n 8/02) O DI CURE DOMICILIARI.....	39
MODULO C: AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO IN STRUTTURA RESIDENZIALE O FREQUENZA DI STRUTTURA SEMIRESIDENZIALE (R.R. n. 4/07e R.R. n 8/03).....	42
AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO/FREQUENZA IN	42

PREMESSA

Il sistema dei servizi sociali e sanitari in Italia è impegnato da tempo in una complessa azione di riorganizzazione della propria offerta di servizi, dettata in larga parte dall'esigenza di far fronte alla crescente domanda di salute e benessere della popolazione.

Una domanda caratterizzata dai profondi cambiamenti sociali e demografici legati al progressivo invecchiamento della popolazione, all'allungamento della vita media, ai progressi della scienza medica e ai fattori ambientali e sociali che hanno prodotto quella che comunemente è indicata come *transizione epidemiologica* e cioè il progressivo cambiamento della domanda di salute che si è manifestato nel mondo occidentale con il passaggio dalla prevalenza delle malattie infettive a quella delle malattie cronicodegenerative.

Il bisogno assistenziale è cambiato anche sul piano della complessità e della eterogeneità dei fattori che lo determinano, tanto da non essere più affrontabile in una logica monodimensionale.

Ciò vale in modo particolare per le fasce sociali più vulnerabili, quelle maggiormente interessate dai cambiamenti in corso, sulle quali si concentra in modo determinante l'attenzione nei percorsi di cura sociosanitari: la non autosufficienza, la disabilità grave e gravissima, la cronicità e la “lungo-assistenza”.

Si tratta di condizioni che, talvolta, s'incrociano con forme di grave emarginazione sociale.

In queste situazioni l'efficacia dell'intervento si misura sempre più spesso con la capacità di fornire risposte *integrate e unitarie* a bisogni *moltiplici*, in modo da favorire l'approccio multidimensionale e multidisciplinare nell'elaborazione di un progetto assistenziale efficace ed adeguato alla persona (cd. *appropriatezza della presa in carico*).

Questo impegno richiede uno sforzo tecnico e un cambiamento di cultura organizzativa e operativa non indifferente.

La programmazione regionale in materia di salute e benessere sociale, in coerenza con gli orientamenti della programmazione nazionale, indica chiaramente l'ambito

specifico d'intervento nel quale sviluppare prioritariamente l'integrazione sociosanitaria: il welfare d'accesso e la valutazione multidimensionale.

Ciò si traduce concretamente nell'implementazione di due strumenti operativi, la Porta Unica di Accesso (PUA) e l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), già previsti dalla normativa regionale e in parte già operativi in diverse aree del territorio regionale.

Si tratta di attivare strumenti per:

- *semplificare* l'accesso al sistema dei servizi;
- ricondurre ad unità il percorso di cura della persona;
- migliorare l'appropriatezza della risposta assistenziale e garantire la continuità delle cure.

L'unitarietà delle fasi di accesso e presa in carico della persona deve essere governata opportunamente in modo da ridurre il rischio di frammentazione e dispersione delle risposte ai bisogni assistenziali complessi.

Fino ad oggi lo sviluppo delle PUA e delle UVM nei Distretti Sociosanitari delle AA.SS.LL, così come l'implementazione di strumenti specifici per la valutazione multidimensionale e per la presa in carico, hanno fatto registrare livelli disomogenei di avanzamento, come spesso accade quando s'introducono elementi d'innovazione nei sistemi organizzativi complessi, come quello sociosanitario.

FINALITÀ

Le presenti Linee Guida per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete integrata dei servizi sociosanitari, intervengono in un quadro normativo, regolamentare e programmatico sufficientemente organico ed esaustivo.

Vogliono rappresentare, pertanto, per l'intero territorio regionale un punto di riferimento omogeneo, con l'obiettivo di supportare le AA.SS.LL. e i Distretti, che non hanno ancora messo a sistema queste unità organizzative.

La logica è quella del rispetto e della valorizzazione delle realtà territoriali "più avanzate" che, con le indicazioni regionali offerte dalle presenti linee guida, possono confrontarsi in ottica di miglioramento continuo.

La finalità generale del documento è quella di fornire indicazioni operative e procedurali, idonee a rendere coerenti sul territorio regionale le procedure di presa in carico, tenendo conto - al tempo stesso, e per quanto possibile - dell'opportunità di individuare differenti assetti organizzativi, congruenti rispetto alle caratteristiche specifiche dei singoli contesti territoriali.

È evidente, infatti, che il modello organizzativo di una PUA allestita in una grande area metropolitana dovrà necessariamente configurarsi in modo differente rispetto a quello di un territorio caratterizzato da minore densità abitativa e da peculiari elementi fisici e ambientali.

IL QUADRO NORMATIVO E PROGRAMMATORIO

Il presente paragrafo riporta una sintetica ricognizione della normativa regionale e degli atti di programmazione che definiscono i percorsi ed i livelli dell'integrazione

sociosanitaria, con particolare riferimento alle “funzioni per l’accesso”.

Il **Piano Regionale delle Politiche Sociali 2004-2006**, approvato con DGR del 4 agosto 2004, n. 1104, già conteneva, nell’allegato atto d’indirizzo, alcuni importanti indirizzi operativi in materia di integrazione sociosanitaria e forniva prime indicazioni e orientamenti in tema di organizzazione della PUA, funzionamento dell’UVM e contenuti del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).

Nel corso del 2006 sono stati fissati i principi generali di riferimento del sistema regionale dei servizi sociali e sanitari, dalla **legge 10 luglio 2006, n. 19** “*Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne ed uomini in Puglia*” e dalla **legge 3 agosto 2006, n. 25** “*Principi ed organizzazione del Servizio Sanitario Regionale*”.¹

Con **DGR n. 107 del 15 febbraio 2005** la Regione Puglia ha formalmente adottato la **S.Va.M.A.** quale strumento per la valutazione multidimensionale dell’adulto e dell’anziano.

Nel corso del 2007 la Regione è intervenuta in sede di attuazione della legge regionale 19/2006 con l’approvazione del **regolamento n. 4 del 18 gennaio 2007**, che, all’art. 3, disciplinava le modalità e gli strumenti per l’accesso unico al sistema integrato dei servizi.

Con la **DGR n. 1984 del 28 ottobre 2008**, **Linee guida regionali per le non autosufficiente**, la Giunta Regionale confermava l’obiettivo di implementare il sistema delle PUA e delle UVM, nell’ambito del potenziamento delle prestazioni e dei servizi a favore delle persone non autosufficienti, definendo le funzioni della PUA e dell’UVM come strategiche al fine di sostenere e migliorare l’integrazione funzionale, professionale e gestionale tra ASL e Comuni e di garantire l’appropriatezza della presa in carico degli utenti dei servizi sociosanitari.

La **L.R. 19 settembre 2008, n. 23** ha approvato il **Piano Regionale di Salute 2008 - 2010** individuando, tra l’altro, l’integrazione sociosanitaria tra i principali obiettivi della riorganizzazione della rete di assistenza territoriale (§ 2.4).

Nello stesso piano si ribadisce il ruolo della **PUA** come strumento di raccordo organizzativo e funzionale dei diversi percorsi di accesso alle prestazioni e ai servizi sociosanitari e viene confermata la **Valutazione Multidimensionale** e il Progetto Assistenziale Individualizzato - **PAI** per la definizione del percorso di cura in un’ottica di integrazione e continuità assistenziale.

Le medesime indicazioni sono state fornite, sul versante sociale, con il secondo **Piano regionale delle politiche sociali, approvato con DGR 13 ottobre 2009, n. 1875**, che adottando la strategia degli obiettivi di servizio, individua la necessità di articolare in modo omogeneo, su base territoriale, le funzioni della PUA e dell’UVM.

Ancor più recentemente il tema del welfare d’accesso e della valutazione multidimensionale è stato ripreso dall’art. 4, dalla **L.R. n. 2 del 25 febbraio 2010** “*Istituzione del fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti e loro nuclei familiari*”, che richiama nuovamente l’obiettivo dell’elaborazione di apposite linee guida regionali per il funzionamento delle PUA e delle UVM, per il consolidamento della SVAMA e per la definizione dei percorsi di presa in carico integrata, con i relativi protocolli operativi.

La L.R. n. 4 del 25 febbraio 2010, “*Norme urgenti in materia di sanità e servizi*

¹ Pubblicate rispettivamente sul BURP n. 87 del 12 luglio 2006 e n. 101 del 8 agosto 2006.

sociali”, infine, è intervenuta sulla composizione della unità di valutazione multidimensionale, modificandola come indicato all’art. 27².

² L.R. n. 4/2010 - Art. 27 “*Modifica composizione unità di valutazione multidimensionale*” così recita: “1. Il terzo periodo della sezione “Unità di valutazione multidimensionale (UVM)” del paragrafo 2.4.5 dell’allegato 1 della L.R. 23/2008 è sostituito dal seguente: “Le figure professionali a cui è affidata la valutazione sono: il direttore del distretto socio-sanitario o suo delegato (in qualità di coordinatore socio-sanitario), il responsabile del servizio sociale professionale, il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta (nel caso di minori), il medico specialista di riferimento (geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, neuropsichiatra infantile, ecc.), l’assistente sociale del comune o dell’ambito di riferimento, l’infermiere professionale, il terapeuta della riabilitazione, altre figure professionali dell’area clinica (medico di distretto), altre figure professionali sanitarie e uno psicologo in relazione al bisogno della persona.”

LA PORTA UNICA DI ACCESSO E L'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Principi generali

È opportuno, in questa sede, richiamare alcuni principi generali di riferimento, utili per la corretta attivazione e funzionamento della PUA e della UVM, in modo da orientare al meglio la programmazione locale e verificare la coerenza delle scelte organizzative e delle procedure adottate sul territorio rispetto alle finalità comuni.

- a) **Semplificazione.** La PUA e l'UVM devono produrre una rilevante semplificazione delle modalità di accesso alla rete dei servizi, facilitando le procedure, migliorando la comunicazione tra i servizi e tra servizi e cittadini, garantendo unitarietà e coerenza del percorso assistenziale.
- b) **Appropriatezza.** Lo sviluppo della PUA e dell'UVM deve produrre maggiore efficacia ed efficienza del sistema, promuovendo il miglior utilizzo possibile dell'offerta assistenziale e la razionalizzazione delle risorse impegnate; l'utilizzo della valutazione multidimensionale rappresenta l'elemento centrale per migliorare l'appropriatezza del regime assistenziale e della continuità delle cure.
- c) **Continuità.** Va garantita la continuità assistenziale, la linearità e la consequenzialità del percorso di cura offerto al cittadino utente, attraverso il coordinamento organizzativo delle diverse unità operative coinvolte nel processo. Ciò presuppone lo sviluppo delle capacità di lavoro in équipe, il rispetto dei protocolli diagnostico-terapeutici, la raccolta e la registrazione standardizzate dei dati clinici, la trasmissione corretta e regolare delle informazioni tra gli operatori.
- d) **Integrazione.** E' necessario che le istituzioni coinvolte e i singoli professionisti sviluppino al meglio la coesione istituzionale e professionale, vale a dire la capacità di lavorare insieme per il perseguimento di un obiettivo condiviso nel rispetto della professionalità di ciascuno, delle specificità, dei ruoli e delle persone. Tutto ciò richiede un consistente investimento tale da orientare il cambiamento e la crescita culturale. Occorre, in altre parole, investire sulle persone, risorsa critica del sistema, al fine di condividere strategie, azioni ed obiettivi.

La Porta Unica di Accesso (PUA)

La definizione di Porta Unica di Accesso (PUA), esprime bene in maniera figurata, attraverso l'immagine della *porta*, l'idea dell'ingresso nella rete dei servizi integrati sociali e sanitari.

La Porta Unica di Accesso (PUA) è la funzione che garantisce l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un tempo certo per la presa in carico.

L'individuazione di un punto unico e di una procedura unitaria di accesso al sistema facilita il perseguimento di alcuni obiettivi di efficacia della risposta assistenziale del servizio pubblico, a cominciare dal superamento della frammentarietà della risposta, della semplificazione dell'accesso, della corretta ed appropriata valutazione del bisogno.

La PUA è chiamata a svolgere i seguenti compiti:

- a) fornisce informazioni ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi del sistema locale dei servizi sociosanitari, nel rispetto dei principi di semplificazione, trasparenza e pari opportunità nell'accesso;
- b) decodifica il bisogno e attiva gli altri referenti territoriali della rete formale per un approfondimento della richiesta dell'utente;
- c) accoglie la domanda di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale, a gestione integrata e partecipata, proveniente dalla rete formale (MMG/PLS, Medici della continuità assistenziale, Distretti Sociosanitari, Strutture sovradistrettuali, Ospedali, Servizio Sociale Professionale, Uffici dei Servizi Sociali dei Comuni singoli e/o associati);
- d) verifica i requisiti di ammissibilità per la predisposizione del progetto personalizzato, nei casi ad elevata integrazione sociosanitaria;
- e) garantisce il raccordo operativo con la UVM, attraverso la gestione dell'agenda, l'organizzazione dei lavori e la calendarizzazione delle sedute della stessa convocate dalla Direzione del Distretto.

E' evidente che alla PUA competano sia funzioni di *front office* che di *back office*.

Il *front office* della PUA assicura le funzioni di prima accoglienza, di informazione di primo livello e di orientamento; il *back office* della PUA, funzionalmente collocato in staff alla direzione di distretto, assicura l'unitarietà delle procedure, garantendo il necessario raccordo tra tutti i soggetti direttamente e/o indirettamente coinvolti nella presa in carico dell'utente: .

La PUA nelle scelte organizzative già adottate in modo diffuso sul territorio regionale si configura come una rete di punti di accesso che, sia pure con le specificità professionali e funzionali del caso, sono presenti sia presso i Comuni, operando in stretto raccordo con i Servizi Sociali professionali, sia presso il Distretto Sociosanitario, operando in staff alla Direzione del Distretto per favorire il governo della domanda.

Quale che sia l'assetto gestionale prescelto – risorse umane interne, convenzione con risorse umane esterne, gestione mediante affidamento a terzi – non può venir meno il coordinamento diretto della PUA e dei singoli punti di accesso da parte del Distretto e dei Comuni associati in Ambito territoriale, né l'indipendenza delle risorse umane impiegate rispetto ai soggetti gestori dei servizi sociosanitari, quando diversi dagli stessi enti pubblici.

L'unitarietà della PUA riguarda, in modo particolare, il raccordo funzionale tra i nodi principali del sistema di accesso alla rete dei servizi sociosanitari distrettuali (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta) e alla rete dei servizi sociali di ambito (Segretariato Sociale e Servizio Sociale Professionale).

Come indicato dal regolamento regionale n. 4/2007, la funzione esercitata dalla PUA attraverso i compiti di orientamento e d'informazione è connessa alla tutela dei diritti delle persone. L'assunzione di questo paradigma qualifica lo strumento in modo preciso, individuando le sue caratteristiche peculiari nella completezza dell'informazione, nella trasparenza delle procedure, nella capacità di accoglienza delle persone, nelle competenze comunicative e nella semplificazione dell'accesso.

La PUA, in quanto *front-office* dell'intero sistema sociosanitario, va progettata con particolare attenzione, in modo da rispondere alle esigenze di riconoscibilità che un tale compito richiede.

Ciò vale per l'individuazione delle sedi più appropriate, nel senso della facilità di accesso per gli utenti, per la dotazione di strumenti e tecnologie adeguate, per la formazione e la preparazione professionale degli operatori a essa assegnati.

Nella organizzazione della PUA occorre mantenere ben distinte le attività di *front-office* vero e proprio (lo sportello di accoglienza) e l'attività di *back-office*.

L'attività di *front-office* rappresenta il primo contatto con il cittadino, capace di fornire risposte dirette a bisogni semplici.

L'attività di *back-office*, riferibile ad un bisogno di tipo complesso, rappresenta l'inizio della presa in carico, sostanzialmente avviata attraverso il colloquio, l'istruttoria tecnica della domanda, la decodifica e la prima valutazione del bisogno, funzioni proprie, in prevalenza, del Servizio Sociale professionale.

Questa distinzione fornisce un valido orientamento al funzionamento delle Porte Uniche di Accesso, garantendo la linearità delle procedure e la scelta diversificata degli operatori con competenze adeguate.

Così che mentre le attività di *back-office* sono esercitate di norma da figure professionali in possesso delle competenze specifiche necessarie alla lettura e alla decodifica del bisogno specifico (assistenti sanitari e assistenti sociali, ad esempio, ma anche infermieri o altro personale sanitario che collaborano con la PUA), l'attività di sportello può anche essere svolta da altre figure professionali, purché in possesso di specifiche competenze relazionali e di una adeguata conoscenza del sistema organizzato dei servizi sociali, sociosanitari e sanitari.

Il secondo Piano Regionale delle Politiche Sociali per il triennio di attuazione 2010-2012 (approvato con Del. G.R. n. 1875/2009) definisce quale Obiettivo di Servizio vincolante ai fini dell'approvazione dei Piani Sociali di Zona l'attivazione di almeno una PUA per Ambito Territoriale Sociale/Distretto Socio Sanitario e vincola a questo obiettivo di servizio quota parte del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, ripartito agli Ambiti Territoriali per il finanziamento dei Piani Sociali di Zona 2010-2012.

Tale indicazione di ordine programmatico ha rappresentato, senza dubbio, un incentivo per il sistema territoriale, tanto che tutti gli ambiti territoriali hanno allocato risorse finanziarie e programmato l'acquisizione di risorse umane dedicate per il funzionamento della PUA di Ambito/Distretto.

Per garantire la piena ed effettiva attuazione di quanto previsto dai documenti di

programmazione regionale è necessario che, entro 60 giorni dalla data di pubblicazione sul BURP della Delibera di approvazione delle presenti Linee Guida, ciascuna ASL adotti (ove non già adottato o adeguato), con Delibera del Direttore Generale, sentita la Conferenza dei Sindaci, apposito Regolamento per il funzionamento e l'organizzazione delle PUA (secondo lo schema allegato sub "A" alle presenti Linee Guida).

A livello territoriale, in ossequio a quanto previsto in ciascun Piano Sociale di Zona e relativo Accordo di Programma con la ASL di riferimento, i Comuni, associati in Ambito Territoriale, e i/il Distretto/i sociosanitario/i corrispondente/i provvederanno a recepire i contenuti del Regolamento aziendale concordando e sottoscrivendo un **Protocollo operativo** che definisca, nel dettaglio, le funzioni ed i compiti che si intendono assegnare alla PUA, nonché le specifiche modalità di funzionamento.

Le questioni da definire nell'ambito di tale protocollo operativo sono le seguenti:

1. Finalità e obiettivi del Protocollo (deve essere individuato l'ambito di operatività e puntualmente definiti gli obiettivi che i sottoscrittori intendono perseguire con la sottoscrizione del protocollo e l'approvazione dello schema di regolamento);
2. Funzioni della PUA (devono essere esplicitate le funzioni che la PUA è chiamata a presidiare anche e soprattutto in termini di raccordo con gli altri punti di accesso – segretariati sociali, antenne sociali, centri unici di prenotazioni, uffici distrettuali e sovradistrettuali – al sistema dei servizi sociosanitari territoriali);
3. Compiti della PUA (devono essere indicati, nel dettaglio, i compiti della PUA e le attività specifiche che la stessa è preordinata a svolgere);
4. Articolazione territoriale e sede degli uffici (devono essere esplicitate le modalità di raccordo della PUA con tutti gli altri servizi per l'accesso. Deve essere chiaramente individuata la sede fisica dell'ufficio);
5. Personale (deve essere individuato il personale dedicato stabilmente alla PUA, la provenienza ed il relativo inquadramento);
6. Rapporti con la rete dei servizi e delle funzioni per l'accesso (Segretariati Sociali – CUP – Unità di Valutazione Multidimensionale);
7. Orari di apertura e modalità di accesso degli utenti (devono essere esplicitati gli orari di apertura al pubblico e gli orari in cui si svolge l'attività di back office, devono essere definite le modalità di accesso ai servizi per i quali è essenziale l'operatività della PUA);
8. Procedure di accesso ai servizi per tipologia di servizio (devono essere condivise le procedure per l'accesso a tutti i servizi sociosanitari territoriali).

Le risorse umane della PUA

Un'attenzione particolare va riservata alle risorse umane che devono garantire la funzionalità della PUA. La PUA, infatti, è il luogo privilegiato nel quale si realizza il livello professionale dell'integrazione sociosanitaria.

Nella PUA interagiscono professionalità diverse che, pur nella specificità dei contesti organizzativi da cui provengono e nei quali continuano ad operare (Servizi Sociali comunali e Servizi Sanitari distrettuali) devono assicurare tutto il necessario

apporto di informazioni e competenze diversificate al fine della prima decodifica del bisogno e del primo orientamento del cittadino.

Pur non essendo possibile codificare le figure professionali sociali e sanitarie da assicurare per il funzionamento di tutti i nodi della PUA è, tuttavia, possibile sancire la necessità che le scelte organizzative adottate dai Comuni e dal Direttore del Distretto tengano conto della necessità che alla PUA siano assicurate:

- competenze amministrative
- competenze comunicative di base (primo contatto, informazioni, ecc..)
- competenze tecnico-sanitarie (figure infermieristiche)
- competenze tecnico-sociali (figure di assistenti sociali)

che è possibile distribuire anche in relazione alle attività tipiche del front-office e del back-office.

Laddove le risorse umane impiegate per il funzionamento della PUA siano risorse esterne alle dotazioni organiche dei Comuni e del Distretto, è necessario che il coordinamento sia assicurato comunque dai Comuni e dal Distretto per le rispettive competenze. Dovrà, inoltre, essere garantita la multiprofessionalità degli operatori impegnati, nonché la necessaria autonomia da ciascun soggetto gestore di servizi "acquistati" dal Distretto e dai Comuni.

L'Unità di Valutazione Multimensionale (UVM)

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), costituita ai sensi dell'art. 27 della L.R. n. 4/2010, quale organismo in staff alla Direzione del Distretto, è un'équipe multiprofessionale di tipo funzionale, nella quale è previsto anche il contributo dello specialista o degli specialisti competenti in relazione alle patologie della persona da valutare.

L'UVM assolve essenzialmente alle seguenti funzioni:

- valuta i bisogni sanitari - sociosanitari complessi;
- fornisce le risposte a detti bisogni elaborando il Progetto Assistenziale Individualizzato;
- funge da filtro per l'accesso alla rete dei servizi sanitari - sociosanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale extraospedaliera a carattere integrato;
- esercita attraverso la presa in carico, la funzione di committenza, propria della Direzione del Distretto.

L'UVM si configura, pertanto, come un'équipe multiprofessionale, a composizione variabile in relazione al bisogno della persona, alla quale partecipano: il Direttore del Distretto Socio-Sanitario o suo delegato, il responsabile del Servizio Sociale Professionale del Distretto, il Medico di Medicina Generale o, nel caso di minori, il Pediatra di Libera Scelta di riferimento dell'assistito, il medico specialista di riferimento (geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, neuropsichiatra infantile, ecc.), l'assistente sociale del Comune o dell'Ambito Territoriale di residenza dell'assistito, l'infermiere professionale, il terapeuta della riabilitazione, o altre figure dell'area clinica in rappresentanza delle strutture sovradistrettuali (Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento delle Dipendenze Patologiche, Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione) eventuali altre figure professionali che dovessero rendersi necessarie in relazione al bisogno specifico della persona.

Considerate le diverse interpretazioni che sono state data alla norma (art. 27 della L.R. 4/2010) nelle prassi avviate in numerosi Distretti pugliesi e l'individuazione, non sempre univoca, dei professionisti da coinvolgere per la valutazione, in questa sede, è opportuno ribadire e chiarire, in via definitiva, che l'UVM ha una composizione variabile di tipo funzionale, nella quale il contributo di ciascun professionista (medico, infermiere, assistente sociale, terapeuta) è richiesto esclusivamente in riferimento al bisogno specifico del paziente.

Sono comunque componenti irrinunciabili il Direttore del Distretto o suo delegato, il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e l'Assistente Sociale dell'Ambito Territoriale/Comune di residenza della persona, che interviene per la valutazione all'accesso di servizi sociosanitari.

L'UVM, secondo quanto previsto dal "Piano Regionale di Salute" di cui alla L.R. n. 23/2008, dal "Piano Regionale delle Politiche Sociali" e dall'art. 4 della L.R. n. 2/2010, svolge i seguenti compiti:

- a) effettua la valutazione multidimensionale, utilizzando gli strumenti di valutazione e le procedure previste a livello regionale ed altre ritenute necessarie in relazione alla specificità del caso trattato;
- b) verifica la presenza delle condizioni socio-economiche, abitative e familiari di ammissibilità ad un determinato percorso di cura e assistenza per garantire

- l'appropriatezza della presa in carico;
- c) elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI), che deve essere condiviso e sottoscritto dall'utente e/o dal suo nucleo familiare e dal MMG/PLS dell'assistito;
 - d) individua il care giver, il case manager e il responsabile clinico del caso (cd. care manager);
 - e) definisce i tempi e le modalità per la verifica e l'aggiornamento del PAI;
 - f) verifica periodicamente l'andamento del PAI, al fine di aggiornarlo e/o prorogarlo;
 - g) procede alla dimissione protetta, programmata e concordata.

Compito generale dell'UVM è quello di leggere le esigenze dei pazienti con bisogni sanitari e sociali, valutare la complessità e fungere da filtro per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e partecipata.

Entro 60 giorni dalla pubblicazione sul BURP della Delibera di approvazione delle presenti Linee Guida, ciascuna ASL, con Delibera del Direttore Generale, sentita la Conferenza dei Sindaci, dovrà provvedere ad adottare (ove non già adottato e/o adeguato) apposito Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'UVM, conforme allo schema allegato sub "B" alle presenti Linee Guida, avente ad oggetto la disciplina dell'attività di valutazione multidimensionale per l'accesso alla rete dei servizi Sociosanitari residenziali, semiresidenziali e domiciliari.

Ciascun Distretto, d'intesa con il Servizio Sociale Professionale del Comune e/o dell'Ambito territoriale di riferimento, sentita la conferenza dei Sindaci del Distretto, provvederà a recepire i contenuti del Regolamento aziendale, approvando apposito **Protocollo operativo** per la costituzione ed il funzionamento dell'Unità' di Valutazione Multidimensionale (UVM),

Nel **protocollo operativo** dovranno essere declinate: le funzioni, i compiti, la composizione ed il ruolo di coordinamento, i tempi, i luoghi e le modalità della valutazione, gli indirizzi e i criteri operativi che orientano l'attività di valutazione, le metodologie di lavoro, gli strumenti di raccordo con la PUA.

Nell'ambito della definizione del protocollo, inoltre, è necessario determinare le specifiche modalità di funzionamento della UVM, al fine di garantirne tempestivamente la piena funzionalità, prestando particolare attenzione alle seguenti procedure operative:

a) Attivazione della UVM

Il corretto funzionamento dell'UVM presuppone uno stretto raccordo funzionale tra tutti i servizi sociosanitari del Distretto e quelli dell'Ambito territoriale sociale di riferimento; detti servizi potranno pertanto richiedere l'attivazione della UVM per la valutazione multidimensionale di un bisogno complesso, tramite segnalazione formale da inviare alla PUA.

b) Convocazione dell'UVM

La PUA deputata alla gestione dell'"agenda di lavoro" della UVM convoca la stessa una volta terminata l'istruttoria del caso in esame. Le modalità di convocazione vengono definite di concerto dal Direttore del Distretto e dal Responsabile del Servizio Sociale Professionale dell'Ambito territoriale ed

esplicitamente indicate nel protocollo. Per l'espletamento di queste attività deve essere assicurata la maggior semplificazione possibile.

c) Periodicità degli incontri dell'UVM

L'UVM, di norma, si riunisce due volte la settimana e, comunque, con una periodicità che deve consentire la conclusione degli adempimenti di competenza entro il termine massimo di 20 giorni dalla segnalazione del caso. Il protocollo deve disciplinare, operativamente, i casi di urgenza, garantendo in ogni caso la celerità d'accesso alle prestazioni sociosanitarie, con le modalità indicate all'art. 3 del regolamento regionale 4/2007. L'équipe multi professionale della UVM svolge, di norma, le attività connesse alla valutazione multidimensionale dei casi in agenda negli orari ordinari d'ufficio, essendo tale attività parte integrante delle funzioni ordinarie assegnate alla struttura, nonché attività essenziale per l'esigibilità dei LEA a carattere sociosanitario.

d) Competenza territoriale dell'UVM

Nel caso in cui l'UVM, d'intesa con il paziente e la sua famiglia, definisca un ricovero presso struttura residenziale operante in un territorio diverso da quello di provenienza, le eventuali attività di aggiornamento e verifica previste dal Progetto Assistenziale Individualizzato vengono svolte dalla UVM del territorio nel quale opera la struttura. E' compito del Direttore del Distretto presso il quale opera l'UVM *inviante* segnalare tempestivamente al collega Direttore del Distretto presso il quale ha sede la struttura residenziale la necessità di provvedere all'attivazione della UVM, al fine di programmarne efficacemente l'attività di aggiornamento e verifica prevista, garantendo al contempo tutta la collaborazione necessaria per l'inoltro della documentazione e lo scambio di informazioni.

Le direzioni distrettuali competenti valutano l'opportunità del potenziamento della dotazione di risorse umane assegnate alle UVM, anche in via temporanea, con riferimento agli eventuali carichi di lavoro aggiuntivi che si dovessero rendere necessari a fronte della quantità di richieste di aggiornamento e verifica del Progetto Assistenziale Individualizzato pervenute.

e) Responsabilità nella gestione e alimentazione dei flussi informativi

L'UVM svolge un ruolo essenziale anche nell'implementazione dei flussi informativi relativi ai servizi sociosanitari, con riferimento particolare a quelli previsti, nell'ambito del NSIS, dai decreti ministeriali del 17 dicembre 2008³ e, nell'ambito dell'intesa Stato-Regioni per il Fondo per la Non Autosufficienza, dalla sperimentazione SINA – Sistema Informativo per la Non Autosufficienza.

La Direzione del Distretto, nella sua funzione di coordinamento dell'UVM, collegata alla PUA, deve dedicare particolare attenzione al processo di costruzione e gestione del dato informativo relativo all'intero processo di presa in carico e valutazione del paziente, oltre che della definizione del programma assistenziale specifico e del suo periodico aggiornamento;

³ Si tratta di norme che istituiscono il sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale e il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 2009).

f) *Esemplificazione dei “casi” per i quali è necessaria la convocazione dell’UVM e la valutazione multidimensionale*

Ferma restando la funzione di filtro che deve svolgere la PUA, la quale attiva l’UVM nelle sole ipotesi in cui sia necessario effettuare una valutazione multidimensionale e “multiprofessionale” del caso, nel regolamento di funzionamento dell’UVM dovranno essere almeno esemplificati i casi in cui non si può prescindere dalla valutazione multidimensionale per l’elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI);

g) *Indicazione dei criteri per l’individuazione delle strutture deputate ad assicurare le risposte appropriate al PAI*

Nel rispetto del principio di libera scelta della persona e della sua famiglia, l’UVM nella definizione del PAI provvede ad individuare una rosa di almeno 3 strutture riconducibili alla tipologia individuata per l’appropriatezza della risposta al bisogno, per le quali sia già attiva apposita convenzione ovvero apposito accordo contrattuale, tenendo conto dei seguenti elementi: eventuali liste di attesa, qualità delle prestazioni sanitarie e dell’accoglienza sociale e alberghiera, delle condizioni economiche più vantaggiose praticate e dalla maggiore vicinanza possibile alla residenza della persona e del suo nucleo familiare.

Il Progetto Assistenziale Individualizzato – PAI – dovrà essere elaborato seguendo lo schema regionale in corso di definizione da parte del “Tavolo della Sanità Elettronica” e che sarà approvato con successivi provvedimenti.

Detto schema di PAI è da considerarsi vincolante in termini di contenuto minimo, poichè contiene il set minimo di informazioni necessario per alimentare i flussi informativi del SISR (Sistema Informativo Sanitario) e, pertanto, potrà essere eventualmente integrato con le informazioni che ciascun servizio territoriale riterrà opportuno aggiungere, ai fini della efficace e completa definizione del percorso assistenziale.

La valutazione multidimensionale

Un’attenzione particolare merita la valutazione multidimensionale. La valutazione multidimensionale ha l’obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di salute di una persona ed è rivolta a valutare, cioè ad analizzare con accuratezza, le capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni:

- dimensione biologica e clinica (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.);
- dimensione psicologica (tono dell’umore, capacità mentali superiori, ecc.);
- dimensione sociale (fattori ambientali, condizioni relazionali di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.);
- dimensione funzionale (disabilità ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale, ecc.).

Si caratterizza inoltre per l’approccio non solo multidimensionale ma anche multiprofessionale e multidisciplinare ai bisogni assistenziali complessi.

Detto approccio necessita di metodologie e di strumenti operativi adeguati ed

efficaci, che tengano insieme il *set* di competenze specialistiche necessario alla elaborazione di un progetto di cura e di assistenza personalizzato.

Per questa ragione l'orientamento scientifico prevalente è ormai concorde nel ritenere che la valutazione multidimensionale rappresenti la modalità di approccio sociosanitario alla persona o al nucleo familiare che più di ogni altra garantisce l'appropriatezza della risposta.

La valutazione multidimensionale è definibile come il "*processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale, relazionale e ambientale di una persona*".

In altre parole attraverso la Valutazione Multidimensionale si definisce l'individuazione e attuazione della migliore soluzione possibile (principio di appropriatezza) per la persona riconosciuta in stato di bisogno socio sanitario, che incontri il gradimento della stessa e ne rispetti la libertà di scelta.

Per compiere la valutazione del bisogno si ricorre a scale e strumenti scientificamente validati.

La Regione Puglia, con la Del. G.R. 25 febbraio 2005, n. 107, ha formalmente adottato la scheda **S.Va.M.A.**, quale strumento ormai consolidato e riconosciuto anche dal Ministero della Salute, per la valutazione multidimensionale degli adulti e degli anziani non autosufficienti.

Si è, tuttavia, più recentemente diffusa la necessità di spostare l'attenzione dalla menomazione ai fattori limitanti le capacità e performance, dai fattori strutturali ai fattori ambientali, da un approccio assistenziale ad un approccio basato sulla presa in carico e sul progetto di vita, e quindi di utilizzare l'approccio valutativo proprio dell'**ICF "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e della disabilità"**, piuttosto che la misurazione delle abilità di base per vivere da soli (**Activities of Daily Living** cd. ADL).

E' il caso delle persone disabili non autosufficienti, e specificamente minori o adulti non in età avanzata, per i quali occorre guardare non alle autonomie funzionali residue nell'esercizio degli atti della vita quotidiana, ma occorre piuttosto indagare la capacità di attività e di partecipazione alla vita quotidiana in relazione al contesto di vita (secondo l'approccio che vede concorrere le capacità e le performance). In questi casi la S.Va.M.A. ha mostrato segni di elevata inadeguatezza che stanno orientando la Regione Puglia, al pari di altre Regioni italiane (si cita, tra tutte, la Regione Veneto che da anni sta lavorando su questi temi) ad avviare, al più presto, una sperimentazione per la implementazione di altri strumenti di valutazione espressamente orientati alla disabilità (cfr. **S.Va.M.Di.** e altri strumenti di valutazione costruiti secondo l'approccio dell'ICF).

Adempimenti e procedure attuative

Al fine di assicurare l'efficace implementazione delle funzioni di accesso secondo i criteri e gli orientamenti definiti nelle presenti Linee Guida e di garantire la piena operatività delle PUA e delle UVM, le Direzioni Generali Aziendali provvedono a:

- approvare, entro 60 giorni, con le modalità e i tempi previsti dalle presenti Linee Guida, i regolamenti di organizzazione e funzionamento della PUA e dell'UVM;
- effettuare, di concerto con le Direzioni Distrettuali, un censimento puntuale delle risorse umane in servizio;
- segnalare tempestivamente e in forma scritta ai competenti uffici regionali dell'Assessorato alle Politiche per la Salute eventuali criticità connesse all'organizzazione di PUA e UVM.

In sede di programmazione delle attività aziendali dovranno essere rappresentate e dettagliate le eventuali criticità connesse all'implementazione di questa funzione di accesso.

APPENDICE

ALLEGATO SUB "A": SCHEMA DI REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELLA PUA

ALLEGATO SUB "B": SCHEMA DI REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELL'UVM

ALLEGATO SUB "C": PROCEDURE DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI TERRITORIALI: CURE DOMICILIARI E ASSISTENZA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

ALLEGATO SUB "D": PROCEDURE PER LE DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE (DOP)

MODULISTICA

ALLEGATO “A”

SCHEMA DI REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELLA PUA

Nota di metodo: Il presente schema di regolamento ha mera natura esemplificativa della tipologia di atto (e relativi contenuti) da approvare, da parte di ciascuna ASL, con delibera del Direttore Generale, entro 60 giorni dalla pubblicazione sul BURP della delibera di Giunta Regionale di approvazione delle presenti Linee Guida.

Art. 1 – Definizione

1. La “Porta Unica di Accesso” (PUA) è la funzione che garantisce l’accesso unitario al sistema integrato dei servizi sociosanitari.
2. La sua unitarietà richiama la non settorialità dell’accoglienza, l’unicità del trattamento dei dati ai fini della successiva valutazione e la necessità che tale livello organizzativo venga congiuntamente realizzato e gestito dai Comuni e della ASL, al fine di assicurare una responsabilità condivisa nella presa in carico successiva.

Art. 2 – Modalità operative e raccordo con i servizi di accesso territoriali

1. La PUA opera con modalità idonee a promuovere la semplificazione nell’accesso per gli utenti, la garanzia per l’utente di un termine certo per la presa in carico, il migliore governo del caso e l’appropriatezza del sistema di risposte allestito. La PUA opera sia per il complesso dei servizi sociali sia per i servizi sociosanitari.
2. L’attivazione di una “Porta Unitaria di Accesso” (PUA) al sistema dei servizi sociali e sanitari è condizione indispensabile all’avvio del processo finalizzato alla realizzazione di un sistema unitario di prestazioni sociosanitarie.
3. La PUA esprime in maniera figurata il concetto di “ingresso” alla rete dei servizi; è costituita da tutti i punti di accesso ai servizi, sia sociali che sanitari esistenti, operanti in rete e da un unico back-office operativo presso il Distretto sociosanitario.
4. La PUA, nell’ambito dei servizi sociali comunali, va ad integrarsi con l’organizzazione dei servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale, ecc...) già organizzati in ciascun ambito territoriale, consentendo in tal modo l’accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e sociosanitarie previste dal Piano di Zona.
5. Nell’ambito della organizzazione del Distretto, la PUA si dovrà articolare organicamente con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi sociosanitari distrettuali, attualmente esistenti: Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), punti di accesso del distretto e delle altre strutture sanitarie dipartimentali del territorio (CSM, SeRT, ...).
6. La PUA si configura, quindi, come un momento di raccordo funzionale tra le diverse unità periferiche e svolge i seguenti compiti:
 - orientamento, accoglienza e smistamento della domanda di servizi territoriali;

- istruttoria di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata, provenienti dalla cosiddetta “rete formale” (MMG/PLS, servizi territoriali e ospedalieri, uffici dei servizi sociali comunali) del diretto interessato;
- attivazione degli altri referenti territoriali competenti della rete formale dell’utente per un approfondimento della richiesta in via preliminare alla valutazione dell’UVM;
- gestione dell’agenda dell’ UVM, raccordo operativo delle attività di valutazione e verifica periodica.

Art. 3 – Obiettivi

1. Obiettivo della PUA è la creazione di un “sistema di accoglienza della domanda” per consentire al cittadino di fruire dell’intera gamma di opportunità offerta dal sistema dei servizi e consentirgli quindi di percorrere, partendo da un solo punto di accesso al sistema dei servizi, l’intera rete dei servizi sociali e sanitari.

Art. 4 – Prestazioni socio sanitarie

1. L’assistenza sociosanitaria viene prestata alle persone con bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

2. Per favorire l’efficacia e l’appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l’erogazione delle prestazioni e dei servizi è subordinata di norma alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno, alla definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e alla valutazione periodica dei risultati ottenuti.

3. Le prestazioni, come previsto dal DPCM 14/02/2001” Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”, dal DPCM 29/11/2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” e dal Piano Regionale di Salute 2008-10, sono quelle nelle quali la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali il costo è attribuito percentualmente alle risorse finanziarie delle ASL e dei Comuni.

4. Le prestazioni sociosanitarie possono essere fruite in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono pertanto di competenza congiunta dell’ASL di competenza e dei Comuni d’Ambito e vengono indicate nell’Allegato 1.C del citato DPCM del 29/11/2001, così come recepito nel Piano regionale di salute (L.R. n. 23/2008), con riferimento alle tipologie di strutture e di servizi disciplinati dalla normativa regionale:

- Assistenza domiciliare integrata
 - Assistenza semiresidenziale:
- Assistenza sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali. Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi.

- Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani. Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi gli interventi di sollievo.
- Assistenza residenziale
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie. Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale.
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali. Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi.
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di disabili fisici, psichici o sensoriali. Prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi del sostegno familiare.
 - Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone affette da AIDS. Cura, riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungo-assistenza in regime residenziale a favore di persone affette da AIDS.

Art. 5 – Organizzazione

1. La gestione della Porta Unica di Accesso è integrata: il Distretto Sociosanitario, il Comune di _____ o l'Ambito Territoriale di _____ partecipano con pari dignità e responsabilità, con modalità organizzative e procedurali condivise, con risorse umane e finanziarie congrue ed equamente ripartite.
2. La sede istituzionale della PUA, è individuata, di norma, presso il Distretto Socio Sanitario.
3. La PUA ha una struttura estremamente flessibile e articolata, coordina l'attività di tutti i punti di accesso diffusi sul territorio, tramite i quali è possibile accedere in modo rapido alle informazioni e alle prestazioni della rete dei servizi sociosanitari integrati presenti sul territorio.
4. L'organizzazione del servizio è demandata al Distretto e all'Ufficio di Piano;
5. La PUA osserva i seguenti orari di apertura al pubblico _____.

Art. 6 – Composizione

1. Sono operatori della PUA tutti coloro che operano nei punti sociali e sanitari di accesso al sistema dei servizi integrati nonché coloro che, presso la sede del Distretto Sociosanitario, lavorano nel back office della PUA (Ufficio PUA).
2. L'Ufficio PUA è costituito da:
 - un Assistente Sociale messo a disposizione dal Comune o dall'Ambito Territoriale Sociale;
 - una unità di personale amministrativo con conoscenze e competenze in materia informatica;
 - un operatore dell'area sanitaria o altro operatore del distretto adeguatamente formato.
 Tale composizione minima può essere adeguatamente integrata, in relazione alle specifiche esigenze organizzative dell'Ufficio.

Art. 7 – Compiti della PUA

1. La PUA svolge i seguenti compiti:
 - informazione;
 - analisi, orientamento della domanda e partecipazione alla programmazione dell'offerta;
 - accoglimento all'interno dell'ambito distrettuale di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata e compartecipata e registrazione delle istanze tramite protocollo dedicato;
 - raccolta dei dati e della documentazione necessaria all'istruttoria della domanda di accesso alla rete dei servizi sociosanitari;
 - attivazione dei referenti territoriali competenti extradistrettuali della rete formale dell'utente per l'approfondimento della richiesta;
 - funzione di segreteria organizzativa, di gestione della agenda UVM (organizzazione del calendario dei lavori) e istruzione delle pratiche oggetto di valutazione.
2. Le informazioni raccolte dalla PUA a fini statistici e operativi, sono trattate e custodite nel rispetto della privacy.

Art. 8 – Modalità di accesso alle prestazioni

1. La richiesta di assistenza può essere avanzata, preferibilmente su apposito modello, dal diretto interessato, dalla Rete Informale Territoriale (famiglia, vicinato, volontariato ecc.), ovvero dalla Rete Formale Territoriale (MMG, PLS, Servizio Sociale Comunale e Unità Operative distrettuali ed extradistrettuali, Dipartimenti e Presidi ospedalieri).
2. L'istanza può essere presentata presso tutti i punti di accesso del sistema che, dopo aver effettuato una istruttoria preliminare e valutata la completezza dell'istanza, la trasmettono all'Ufficio PUA, per il completamento e l'eventuale inoltro all' UVM.
3. Se la richiesta proviene dalla rete informale questa, a cura dello "sportello" accettante, dovrà comunque essere validata dalla Rete Formale Territoriale e comunque dal MMG o PLS dell'interessato.
4. La richiesta di assistenza (cfr. modulistica allegata) contiene in forma schematica e a domande chiuse, in modo da consentire l'elaborazione informatica, i seguenti elementi:
 - dati anagrafici del cittadino;
 - prestazione sociosanitaria richiesta a gestione integrata
 - diagnosi clinica, patologie presenti e motivazioni socio-economiche della richiesta.
5. L'istanza viene elaborata dalla Porta Unitaria di Accesso che esercita un'azione di filtro al "sistema di accoglienza della domanda" in grado di aprire al cittadino simultaneamente tutta la gamma delle opportunità offerte dalla rete locale dei servizi, nonché di consentirgli di percorrere, a partire da un solo punto di accesso al sistema dei servizi, l'intera rete dei servizi sociali e sanitari.

Art. 8 - Formazione

1. Le figure professionali impegnate nelle attività della PUA seguiranno uno specifico percorso formativo, preferibilmente integrato, a cura dell'ASL di competenza, del Distretto Sociosanitario e dei Comuni associati in Ambito Territoriale.

ALLEGATO “B”

SCHEMA DI REGOLAMENTO PER IL FUNZIONAMENTO DELL’UVM

Nota di metodo: Il presente schema di regolamento ha mera natura esemplificativa della tipologia di atto (e relativi contenuti) da approvare, da parte di ciascuna ASL, con delibera del Direttore Generale, entro 60 giorni dalla pubblicazione sul BURP della delibera di Giunta Regionale di approvazione delle presenti Linee Guida.

Art. 1 – Definizione

1. L’Unità di Valutazione Multidimensionale è una equipe multiprofessionale, a composizione variabile, in relazione ai bisogni specifici della persona da valutare, deputata a leggere le esigenze e i bisogni sanitari e sociosanitari complessi delle persone.
2. È l’organismo che, secondo la normativa regionale vigente in materia di integrazione sociosanitaria, è chiamato a valutare il bisogno complessivo della persona e, quando possibile del suo nucleo familiare, al fine di definire le risposte adeguate al suo soddisfacimento. Garantisce la presa in carico dei bisogni sociosanitari dei residenti, nel territorio di competenza distrettuale, e l’integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali a livello territoriale.
3. La valutazione multidimensionale, multidisciplinare e multiprofessionale è propedeutica e ineludibile per la definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato, per la presa in carico integrata dell’utente e per l’accesso alla rete dei servizi sociosanitari integrati residenziali (RSA, RSSA, NA), semiresidenziali (Centri Diurni) e domiciliari.

Art. 2 – Obiettivi

1. L’obiettivo generale che il Distretto Socio-Sanitario e i Comuni dell’Ambito Territoriale intendono perseguire, attraverso la Valutazione Multidimensionale, consiste nell’individuare e nell’offrire alla persona riconosciuta in stato di bisogno sociosanitario la risposta più appropriata rispetto alle esigenze, nel rispetto del consenso e della libertà di scelta.
2. Pertanto gli obiettivi specifici della UVM sono:
 - favorire 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, semiresidenziali e domiciliari;
 - promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
 - ottimizzare la spesa sociosanitaria in un’ottica di efficienza nel rapporto costo-benefici, tenendo conto non solo degli oneri finanziari, ma anche dei vantaggi a lungo termine, riferibili a risorse sia familiari che sociali.

Art. 3 - Destinatari

1. I destinatari dell'attività della UVM sono le persone in stato di bisogno sociosanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti fragili, in condizione di dipendenza e non autosufficienza.

Art. 4 – Competenza territoriale

1. L'Unità di Valutazione Multidimensionale, istituita presso ciascun Distretto Socio-Sanitario ha competenza sul territorio distrettuale.
2. La Valutazione Multidimensionale compete all'UVM del Distretto Socio Sanitario di residenza della persona interessata alla valutazione che elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato per la presa in carico.
3. Qualora, invece, 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.
4. Nel caso in cui si richieda il ricorso alla rete di servizi ubicati in altre ASL è necessario coinvolgere il Distretto Sociosanitario e l'UVM competente per territorio.

Art. 5 – Compiti dell'UVM

1. L' U.V.M svolge i seguenti compiti:
 - 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 ammissibilità al percorso di cura e assistenza richiesto;
 - elabora il progetto socio-sanitario personalizzato (PAI), che deve essere condiviso con il richiedente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
 - verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato;
 - procede alla dimissione concordata;
 - identifica la Struttura della ASL deputata alla presa in carico.
2. La valutazione multidisciplinare deve avvalersi di strumenti idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale), specifici ed il più possibile omogenei sul territorio aziendale.
3. Per la valutazione delle problematiche relative all'adulto e all'anziano, si utilizzerà la scheda SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Anziano) approvata con D.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 valutazioni specifici, nelle more dell'approvazione, su scala regionale, di ulteriori strumenti di valutazione multidimensionale.
4. Il Progetto Assistenziale Individualizzato, redatto dall'UVM, 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.
5. Il PAI deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere sia riguardo al richiedente che ai suoi familiari, i quali possono talvolta, costituire un target prioritario dell'intervento,
 - il regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale), il suo livello di intensità e la durata complessiva del progetto assistenziale;
 - le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
 - la qualità, le modalità, la frequenza e la durata (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare ecc.) 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;
 - la disponibilità e le quantità di presidi e materiali vari;
 - l'individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento: referente familiare (care giver) ed un responsabile della presa in carico (case manager);
 - gli strumenti (riunioni di verifica/coordinamento/ecc., schede/registri/diario clinico/ecc, indicatori di processo e di risultato, report, ecc) le scadenze e metodi della verifica del progetto personalizzato, in itinere ed ex post, con particolare attenzione:
 - alla valutazione periodica dei risultati;
 - alla verifica della congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati;
 - alla modalità per garantire la sovrintendenza e verifica delle prestazioni effettuate da soggetti del privato-sociale e privato-accreditato, evitando il rischio di una scissione tra prescrittore pubblico ed erogatore privato e di un affidamento totale a quest'ultimo attraverso periodici momenti di incontro, verifica ed indirizzo in sede di intervento (domicilio, RSA) da parte del servizio pubblico.
6. Il Progetto Assistenziale Individualizzato è articolato in forma comprensibile al richiedente e/o ai suoi familiari che ne condividono i contenuti e lo sottoscrivono. In assenza di tale requisito è possibile attivare le procedure previste dalle norme a tutela dell'assistito.
7. 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 dell'accesso.
8. 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, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità).
9. Tutte le proposte di modifica strutturale del PAI sono di competenza dell'UVM.
10. Il PAI redatto dall'UVM viene recepito, attraverso le rispettive figure di riferimento a ciò abilitate, dalla Struttura sanitaria (Distretto, Riabilitazione, NPIA, CSM e SeRT), coinvolta in via prevalente e destinataria di specifico budget, che rilascia l'autorizzazione all'accesso ai servizi sociosanitari a gestione integrata e compartecipata congiuntamente al Servizio Sociale Comunale o d'Ambito.

11. Per i casi di comprovata ed urgente necessità, così come previsto dall'art. 3, comma 9 del Regolamento Regionale n. 4 del 18/1/2007, è consentito un protocollo operativo di urgenza. Per questi casi è necessaria la motivata proposta del MMG che dichiari l'urgenza e la necessità clinica o la motivata proposta dei servizi sociali, previo nulla osta della struttura competente della ASL e del responsabile d'ambito sociale ai fini dell'assunzione di eventuali oneri finanziari.

Art. 6 – Composizione e funzionamento della UVM

1. L'UVM è istituita presso il Distretto Socio-Sanitario con determina dirigenziale, e, nella sua composizione, risponde alle funzioni previste dall'art. 59, c. 4 della L.R. 19/06, dal R.R. n. 4/2007, modificato dall'art. 1 del R.R. n. 19 del 7/08/2008, dal piano Regionale di Salute, dall'art. 27 della L.R. 4/2010.

2. La UVM, inoltre, esplica le funzioni di cui all'art. 10 del R.R. n. 8 del 20/12/2002 "Regolamento di organizzazione e funzionamento delle R.S.A.", nonché tutte le altre attività distrettuali di valutazione di bisogni sanitari e sociosanitari complessi.

3. L' UVM, nella sua composizione, deve essere adeguata ad affrontare tutte le molteplici e complesse problematiche che possono evidenziarsi ed essere poste all'attenzione della stessa.

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

5. La composizione della UVM può prevedere la partecipazione delle seguenti figure:

- 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 nominato dall'ambito territoriale prioritariamente tra le figure già inquadrato nel servizio sociale professionale di ambito ovvero nei servizi sociali dei Comuni dell'Ambito, esclusivamente per la valutazione di situazioni di bisogno sociosanitario.

6. Il Direttore del Distretto Sociosanitario assume tutti i provvedimenti necessari per l'attività di coordinamento e il funzionamento della UVM nonché i compiti di verifica, controllo e liquidazione dei compensi, ove previsti. Può delegare tale funzione ad altro personale del distretto con specifica esperienza.

7. Il coordinatore sociosanitario o altro dirigente delegato informeranno periodicamente, in relazione alle rispettive competenze, il Direttore del distretto e il Coordinatore dell'Ufficio di Piano, sulle attività svolte e sui risultati conseguiti.

Art. 7 - Procedure

1. La UVM si riunisce nel Distretto Socio Sanitario presso la sede individuata, almeno una volta alla settimana e comunque secondo necessità, in orario di servizio, salvo particolari situazioni.

2. Laddove le condizioni della persona da valutare siano tali da renderne impossibile lo spostamento, l'UVM si riunisce al domicilio della persona o presso la struttura nella quale la stessa è assistita.
3. La convocazione è a cura del Direttore del Distretto o suo delegato.
4. Tutte le attività della UVM devono essere documentate e svolte utilizzando apposita modulistica all'uopo predisposta. Le informazioni raccolte ai fini statistici e operativi, sono trattate e custodite nel rispetto della privacy.

ALLEGATO “C”

PROCEDURE DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIOSANITARI TERRITORIALI: CURE DOMICILIARI E ASSISTENZA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI

Premessa

La procedura di accesso ai servizi socio sanitari territoriali è unica per tutte le tipologie di servizi (domiciliari, residenziali e semiresidenziali) e si articola nelle seguenti fasi:

- Segnalazione del caso ad opera della rete formale e/o informale
- Presentazione della richiesta di assistenza alla Porta Unica di Accesso - PUA
- Valutazione multidimensionale, nei casi di competenza dell'Unità di Valutazione Multidimensionale - UVM
- Elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato - PAI
- Autorizzazione all'attuazione del PAI.

Si segnala, in proposito, che la segnalazione assolve al solo fine di “attivare” la rete dei servizi. La presentazione dell'istanza, la valutazione multidimensionale e la redazione del PAI, attengono, in senso stretto, alla fase di accesso. L'autorizzazione, infine, si caratterizza per la sua natura di atto burocratico/amministrativo e compete al soggetto/ente che esercita la funzione di committenza rispetto al servizio/i previsti nel PAI.

Le fasi della “presa in carico”

La **segnalazione** concernente la necessità di attivazione di un servizio sociosanitario territoriale può essere avanzata sia dalla rete formale che dalla rete informale; diversamente la richiesta di assistenza vera e propria può essere avanzata, su apposita modulistica (predisposta dalla PUA e/o similare), dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera Scelta, dalle UU.OO. territoriali, dagli Ospedali, dall'Ufficio dei Servizi Sociali del Comune di residenza della persona.

La **richiesta di assistenza**, indirizzata al Direttore del Distretto Sociosanitario di competenza, dovrà essere corredata da una relazione del MMG/PLS o dal medico del Reparto ospedaliero per pazienti in fase di dimissione ospedaliera, o dal medico dell'Unità Operativa Territoriale presso cui è in carico la persona.

Nella relazione medica devono essere riportate: la diagnosi clinica, le terapie al momento praticate, la condizione di non autosufficienza dell'assistito e il livello di dipendenza psico-fisica, con le motivazioni cliniche e assistenziali, le proposte di trattamento terapeutico-riabilitativo che rendono necessario il regime di assistenza richiesto.

La richiesta di assistenza, corredata dalla documentazione medica, dovrà essere consegnata alla PUA che, valutata la completezza della documentazione e la complessità del caso, attiva l'UVM.

Quest'ultima, entro il termine massimo di 20 giorni dalla data della richiesta di accesso, fatte salve le procedure per l'accesso di urgenza e le dimissioni protette,

esamina la domanda, effettua **la valutazione del caso** e cura **l'elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI)**.

In caso di non eleggibilità motiva il diniego.

La PUA gestisce apposito registro su cui vengono riportati: la data di arrivo della richiesta, la data della valutazione del caso da parte della UVM e l'eventuale presa in carico.

Le cure domiciliari (vedi glossario)

Le cure domiciliari (espressione con la quale si fa riferimento al complesso degli interventi sanitari e sociosanitari erogati al domicilio della persona) sono destinate a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivanti da condizioni critiche di bisogno sociosanitario o patologiche.

In particolare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, sono rivolte a persone che si trovino nelle seguenti condizioni:

- Anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità con patologie cronico-degenerative che limitano gravemente l'autonomia;
- Persone con patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio;
- Pazienti in dimissione sociosanitaria protetta da reparti ospedalieri;
- Persone con patologie oncologiche o degenerative in fase avanzata o affette da HIV;

e comunque a tutte le condizioni patologiche previste dall'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta.

Criteri di ammissione ed eleggibilità

L'erogazione di cure domiciliari è subordinata a preventiva valutazione, volta ad accertare la presenza contemporanea dei seguenti requisiti:

- ridotta autosufficienza temporanea o protratta (criterio di appropriatezza). La sussistenza di tale requisito deve essere certificata da attestazione medica e definita in maniera precisa e standardizzata attraverso gli strumenti di valutazione adottati dalla regione Puglia (Scheda SVAMA ed altri strumenti di valutazione eventualmente in uso)
- necessità di assistenza esclusivamente primaria (criterio di appropriatezza). L'assenza di condizioni patologiche ad alto rischio o la necessità di interventi altamente specialistici che impongono il ricovero ospedaliero o l'attivazione di altri servizi specialistici;
- complessità assistenziale del paziente (criterio di appropriatezza), ovvero la presenza di bisogni complessi che richiedano contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali da parte di un'equipe multi-professionale o, quantomeno, di interventi sociosanitari integrati domiciliari (assistenza tutelare, infermieristica e medica);
- presenza nel nucleo familiare di un care giver che sia in grado di garantire adeguato supporto alla persona;

- idoneità delle condizioni abitative. Anche questo aspetto, come il precedente, è utile che sia rilevato attraverso schede di valutazione sociale standardizzate;
- residenza e/o domicilio temporaneo sul territorio di competenza;
- valutazione della condizione economica e sociale dell'assistito. L'utente potrà essere ammesso al servizio indipendentemente dalle condizioni economiche personali o familiari, fatto salvo l'obbligo di compartecipazione al costo del servizio secondo i criteri e le modalità definite nel regolamento di accesso ai servizi di Ambito.

Compiti dell'UVM e rapporti con il Medico di Medicina Generale dell'assistito.

- effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali della persona;
- valuta la presenza delle condizioni di eleggibilità sopra indicate;
- elabora il Progetto Assistenziale Individualizzato (contenuti, obiettivi, tipologia di interventi sanitari/assistenziali, frequenza e durata degli interventi), coinvolgendo il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta dell'assistito;
- individua la figura del Case Manager (CM), d'intesa con il Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta, che è il responsabile clinico del caso;
- verifica e aggiorna, almeno trimestralmente, l'andamento del Progetto Assistenziale Individualizzato;
- procede alla dimissione concordata.

L'assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali

Stante la competenza del livello distrettuale a garantire i LEA territoriali è indispensabile una preventiva valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

L'offerta residenziale e semiresidenziale territoriale, quale Livello Essenziale di Assistenza (si richiama l'Allegato 1C del DPCM del 29/11/2001, così come recepito nel Piano Regionale di Salute - L.R. n. 23/2008) è costituita dalle seguenti tipologie di strutture:

- strutture sociosanitarie a ciclo diurno;
- strutture a ciclo residenziale per disabili e anziani;
- strutture terapeutico – riabilitative;
- strutture riabilitative (ex art. 26 della l. n. 833/1978).

Destinatari e criteri di eleggibilità verso la residenzialità

I potenziali destinatari degli interventi assistenziali residenziali sono persone che non possono essere assistite a domicilio, che non sono in grado di condurre una vita autonoma e le cui patologie, non in fase acuta, possono far prevedere solo limitati livelli di ricuperabilità dell'autonomia.

Più in dettaglio e a solo scopo esemplificativo, stante la competenza dell'UVM a valutare la risposta assistenziale più appropriata al singolo caso, trattasi di:

- persone non più in età evolutiva con patologie stabilizzate, che hanno superato la fase acuta della malattia, ma che necessitano di trattamenti terapeutici protratti nel tempo;
- persone anziane con patologie cronico-degenerative, ivi compresi soggetti affetti da patologie psico-geriatriche (demenza senile), che non necessitano di assistenza ospedaliera;
- persone adulte con handicap fisici, psichici o sensoriali in condizioni di non autosufficienza o affette da malattie croniche;
- persone adulte portatrici di disturbi psichiatrici in condizione di non autosufficienza o affetti da malattie croniche, per le quali sia stata esclusa la possibilità di utilizzare altre soluzioni terapeutico-assistenziali.

Fattori determinanti la scelta del ricovero in struttura residenziale, piuttosto che l'elezione di cure domiciliari e trattamenti erogati in regime semiresidenziale, sono:

- il grado di non autosufficienza e l'impossibilità, anche temporanea, dell'utente di usufruire di altre forme di assistenza che ne consentano la permanenza al proprio domicilio;
- la necessità di rispondere ad un'esigenza di sollievo temporaneo per la famiglia.

In caso di eleggibilità della persona verso un regime di ricovero in struttura residenziale, l'equipe che ha effettuato la valutazione recepisce l'indicazione dell'assistito paziente (o del suo rappresentante: familiare, tutore, amministratore di

sostegno) circa la struttura residenziale prescelta, tra quelle di riferimento del territorio della ASL di appartenenza per verificarne la disponibilità all'accoglimento e acquisire il parere favorevole del Responsabile Sanitario.

Per i ricoveri in strutture con sede fuori dal territorio dell'ASL di residenza dell'utente si osservano le procedure di cui all'art. 10, comma 5, R.R. n°8 del 20.12.2002.

In presenza di concomitanti istanze di ricovero valutate appropriate dall'UVM, ma superiori alla disponibilità dei posti, l'ammissione dell'utente avverrà secondo le seguenti priorità, previo inserimento nella lista d'attesa in ordine cronologico di presentazione dell'istanza:

- 1) Dimissioni protette da Ospedale ad alto impegno assistenziale;
- 2) Peso dei bisogni assistenziali effettuato in sede di valutazione.

In caso di dimissione da Ospedale, la relazione sanitaria sarà redatta dal medico ospedaliero del reparto in cui è ricoverato il paziente ed inviata alla equipe di valutazione del Distretto di residenza dell'assistito per l'espletamento delle procedure del caso.

La valutazione sociale è di competenza dell'assistente sociale del Comune o dell'Ambito Territoriale di residenza dell'utente.

Sarà cura della equipe di valutazione effettuare un monitoraggio delle prestazioni erogate secondo il progetto assistenziale individualizzato. In caso di struttura ricadente in Distretto diverso da quello di residenza del paziente, i compiti di monitoraggio del paziente saranno espletati dall'equipe territorialmente competente, di concerto con quella di residenza del paziente.

Altri Interventi a carico della ASL di competenza

L'ASL di riferimento eroga inoltre:

- a. l'assistenza medico-generica, che è affidata ai Medici di Medicina Generale secondo le modalità stabilite dalla normativa vigente;
- b. l'assistenza medica specialistica che è prestata, di norma, presso gli Ambulatori dell'ASL di cui fa parte la struttura residenziale;
- c. i farmaci e gli ausili per uro e colostomia e per incontinenza con sistema di raccolta (cateteri, sacche, placche) inclusi nell'Allegato 2 del Nomenclatore Tariffario del D.M. 332/1999, derivanti da precedenti prescrizioni specialistiche e abitualmente necessari al paziente ricoverato;
- d. i dispositivi protesici contenuti nel Nomenclatore Tariffario del D.M. 332/99, previa prescrizione medico-specialistica e autorizzazione effettuate secondo la normativa vigente.

ALLEGATO “D”

PROCEDURE PER LE DIMISSIONI OSPEDALIERE PROTETTE (DOP)

La dimissione protetta è una sequenza di interventi integrati volti a facilitare la continuità delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e l'ambito dell'assistenza primaria, rappresentato dalla rete dei servizi sociosanitari territoriali.

La dimissione ospedaliera protetta (DOP) riguarda il trasferimento del paziente in fase immediatamente post-critica, dall'ospedale al territorio.

La DOP è un “meccanismo” di tutela delle persone fragili, vale a dire persone a rischio per le seguenti situazioni:

- condizioni cliniche precarie, per le quali deve essere garantita la continuità delle cure;
- inadeguatezza socio-economica e/o della rete familiare, amicale e parentale.

Ha la finalità di favorire il rientro del paziente a domicilio (o l'invio presso una struttura a seconda del bisogno assistenziale e delle specifiche condizioni sociali) predisponendo un progetto assistenziale individualizzato e integrato con valenza sociale e sanitaria, costruito sul bisogno.

Il percorso della dimissione protetta deve garantire anche la tutela e l'accompagnamento della famiglia nella gestione della condizione di non autosufficienza, coinvolgendola nel percorso di cura.

Casi di eleggibilità per la DOP verso le cure domiciliari

- A) paziente stabilizzato ma in compenso labile, che necessita di monitoraggio clinico stretto nei primi giorni dopo la dimissione;
- B) paziente in condizioni di fragilità che rientra nel proprio ambiente di vita in presenza di idonea situazione igienico-sanitaria e con un'adeguata rete familiare di sostegno (familiare o altro soggetto in grado di sostenere in maniera efficace il ruolo di care-giver).

In assenza delle condizioni sub A) e sub B) la dimissione protetta viene indirizzata verso una struttura residenziale.

In ogni caso non si può procedere alla dimissione ospedaliera in assenza di preventivo accordo con i servizi territoriali e/o la rete familiare di supporto.

Procedure di attivazione

La Direzione medica dell'Ospedale in cui è ricoverato il paziente invia al Distretto di residenza dell'assistito, la richiesta di DOP, unitamente alla scheda di valutazione compilata e corredata da una relazione clinica in cui, oltre alla diagnosi, viene indicata la data prevista per la dimissione ed i bisogni assistenziali della persona. La condizione di dimissibilità ed il rientro a domicilio devono essere condivisi ed approvati, in sede di valutazione, dal MMG/PLS dell'assistito.

L'assistente sociale competente per il caso redige la relazione sociale con informazioni relative alla situazione familiare ed alle reti di supporto. In particolare la relazione dovrà evidenziare le situazioni di eventuale assenza o impossibilità della

rete parentale e/o amicale ad assistere il congiunto a domicilio, specificando la motivazione di tale indisponibilità.

Procedure di valutazione

Nelle ipotesi di DOP la valutazione del caso è preventiva rispetto alla dimissione e deve, pertanto, essere effettuata in Ospedale.

Indipendentemente dall'esito della valutazione, il coordinatore dell'UVM ne dà comunicazione all'assistito e/o ai suoi familiari, al responsabile medico ospedaliero e, nel caso in cui sia stata valutata l'opportunità di un ricovero in struttura residenziale, alla struttura residenziale individuata.

MODULISTICA

Scheda di accesso;

Istanza di ricovero in struttura residenziale e semiresidenziale;

Autorizzazione al ricovero;

MODULO A: Scheda di accesso

DISTRETTO SOCIO SANITARIO N. _____ AMBITO TERRITORIALE N. _____

COMUNI: _____

A.S.L. _____

Inserire i loghi degli enti coinvolti per accrescere l'efficacia "visiva" della modulistica di Ambito/Distretto

DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO SANITARI INTEGRATI da consegnare alla PUA

Al Direttore del
Distretto Socio-Sanitario n. _____
di _____
A.S.L.

Il/La Richiedente

Nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

Codice Fiscale

Residente in

_____ Cap. _____

Via _____ N. _____

Domiciliato (se diverso dalla residenza) in Via _____

N. _____ Tel./ cell. _____

Sesso: M F Stato civile _____

In caso di rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Il Sig./La Sig.ra

Codice Fiscale

Residente in

_____ Cap. _____

Via _____ N. _____

Tel./ cell. _____

In qualità di:

rappresentante legale del richiedente (specificare)

persona che può firmare per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (specificare grado di parentela) _____

TIPO DI PRESTAZIONE RICHIESTA:

Domiciliare Semiresidenziale

Residenziale

Altro

(specificare) _____

MMG/PLS dell'utente

_____ Tel. _____

Studio medico, Via _____ Citta _____

Altro Medico Proponente: (specificare nome e cognome, struttura di appartenenza.)

_____ Tel/fax _____

In caso di urgenza contattare _____

Tel. _____

Luogo e Data _____ Firma _____

Consenso informato

Il Sottoscritto _____ nato a _____

Il _____ residente a _____

Via _____

in qualità di (specificare)

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003 e s. m. i.

SI NO

Luogo e Data _____ Firma _____

MODULO B: RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA EX R.R. n.4/2007 e R.R. n 8/02) O DI CURE DOMICILIARI

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO N _____ AMBITO TERRITORIALE N. _____
COMUNI: _____
A.S.L. _____

Inserire i loghi degli enti coinvolti per accrescere l'efficacia "visiva" della modulistica di Ambito/Distretto

RICHIESTA DI RICOVERO IN STRUTTURA (EX R.R. n.4/2007 e R.R. n 8/02) O DI CURE DOMICILIARI

Al Direttore del
Distretto Socio-Sanitario n. _____
di _____
A.S.L.

___l___ sottoscritt_____

nat_ Prov. (.....), il

residente a CAP

Via n.

Codice Fiscale

tel.

C H I E D E

per se stesso:

in qualità di rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o di persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000)

Sig/Sig.ra.....

(grado di parentela,)

nato/a il a (.....) e residente nel

Comune di

..... Via

..... n. .

Codice Fiscale

di essere accolto in struttura _____ ex art. _____ R.R. n.4/2007

di essere accolto in struttura RSA(R.R.n.8/2002)

di essere assistito/curato al proprio domicilio

in quanto affetto da patologie croniche, non in grado di condurre vita autonoma e non assistibile a domicilio

Il richiedente, sotto la propria responsabilità, dichiara di essere:

invalido civile al % con/senza **assegno di accompagnamento;**

titolare di pensione sociale;

privo di alcun reddito personale;

altro (specificare)
.....
.....
.....

Allega la seguente proposta di ricovero/assistenza redatta:

dal Medico di Medicina Generale /Pediatria di Libera Scelta
Dott.

dal Dirigente dell'U.O. territoriale Dott.

dal Dirigente della U.O.ospedaliera Dott. Ospedale
di (in caso di dimissione)

dai Servizi Sociali del Comune di

Al riguardo, allega la seguente documentazione:

Dettagliata relazione medica sulle patologie di cui è affetto/a o cartellino di dimissione (in caso di dimissione ospedaliera) ed eventuale piano terapeutico, farmacologico e riabilitativo in atto.

Dichiara inoltre di: (*Barrare e sottoscrivere esclusivamente l'ipotesi selezionata*)

Essere in grado di fare fronte al pagamento della diaria fissata per la quota del _____% della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare in modo diretto o tramite i familiari tenuti all'obbligo degli alimenti.

..... li

(firma del richiedente)

NON essere in grado di fare fronte al pagamento della quota del _____ % della diaria di ricovero o della quota sociale dell'assistenza domiciliare.

..... li

(firma del richiedente)

Autorizza:

- il trattamento dei propri dati ai sensi del T. U. sulla privacy D. Lgs n. 196/2003 e s.m.i.;
- il trattamento dei propri dati per scopi di ricerca statistica e scientifica;
- la ASL _____ a comunicare ad altre istituzioni pubbliche (Comune, Provincia, Regione, Distretti S. S.) i dati strettamente necessari per la soluzione di specifici problemi sociosanitari che riguardano l'interessato e che siano strettamente connessi con lo stato di assistito presso la struttura _____.

..... li

(firma del richiedente)

Istruzioni per la presentazione della domanda

- **Nel caso di assistiti residenti nel territorio della ASL ____** la domanda deve essere presentata al Distretto di competenza che provvederà alla valutazione e successiva autorizzazione;
- **Nel caso di assistiti residenti in altre ASL della Regione Puglia** la domanda dovrà essere presentata alla ASL di residenza;
- **Nel caso di assistiti non in grado di corrispondere la quota parte della retta o la quota sociale dell'assistenza domiciliare a carico dell'assistito o dei familiari civilmente obbligati**, la domanda di inserimento nella struttura deve essere corredata di documentazione da cui emerge la situazione reddituale propria o dei familiari risultante dalle rispettive dichiarazioni IRPEF dell'anno precedente.

**MODULO C: AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO IN STRUTTURA
RESIDENZIALE O FREQUENZA DI STRUTTURA
SEMIRESIDENZIALE (R.R. n. 4/07e R.R. n 8/03)**

AUTORIZZAZIONE AL RICOVERO/FREQUENZA IN _____

Prot. n. _____ del _____

Al Sig. _____

Via _____, n

CAP _____

Città _____

Vista la proposta d'accesso alla _____ formulata da:

M.M.G.: Dott. _____

Dirigente del Servizio Territoriale _____ Dott. _____

Dirigente U.O. _____ dell'Osp. _____

Servizio Sociale del Comune di _____

Atteso che, l'Unità di Valutazione Multidimensionale, riunitasi in data _____ come da verbale allegato (all. n° 1), ha ritenuto per il Sig./ra _____ appropriata la proposta di ricovero in _____ ed ha pertanto redatto specifico Progetto Assistenziale Individualizzato (all. n° 2).

Vista la richiesta di ricovero presso la struttura residenziale _____ prodotta dal/la Sig./ra _____, in persona o dal Sig. _____ rappresentante legale (genitore, tutore, curatore, amministratore di sostegno, etc..) o persona che firma per impedimento temporaneo del richiedente a sottoscrivere (art. 4 DPR 445/2000):

Ritenuto che sussistono le condizioni per l'accesso presso una struttura _____,

AUTORIZZA

Il ricovero presso _____ del Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____ il _____ e residente in _____ alla via/p.zza _____, per la durata di giorni _____, salvo successive valutazioni e controlli sull'andamento del Piano Individuale degli Interventi effettuati dall'Unità di Valutazione Territoriale.

Il Direttore del Distretto

(firma)

Data _____

Il Comune di _____

assume l'onere economico per il periodo autorizzato

non assume l'onere economico della degenza/frequenza, per cui la S. V. dovrà corrispondere la quota della prevista diaria in _____ art. _____ del R.R. 4/2007 per il periodo autorizzato.

Il Referente comunale per l'UVM

(firma)

Data _____

VISTO

Distretto Socio Sanitario n. ____

Il Direttore

LA PRESENTE AUTORIZZAZIONE HA VALIDITA' N. __ GIORNI DALLA DATA DEL RILASCIO