



Piano di zona dei Servizi Sociali
e Socio Sanitari
Ambito S5 - Eboli

Azienda Sanitaria Locale
Salerno 2

REGOLAMENTO PER L'ATTIVAZIONE DELLA PORTA UNITARIA DI ACCESSO E DELLE UNITA' DI VALUTAZIONE INTEGRATA

**APPROVATO DAL COORDINAMENTO ISTITUZIONALE NELLA SEDUTA DEL
25.02.2005 VERBALE N. 35**

Art. 1 L'INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

L'Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria suggerisce che “per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti” (DPCM 14.02.2001 art. 4 comma 3).

Nel suddetto DPCM si è definita l'assistenza socio-sanitaria come ciò che viene prestato a persone che presentano bisogni di salute. La situazione “bisogno di salute” è quindi una condizione complessa e variegata poiché comprende e dipende da vari fattori che la determinano. Si può trattare di fattori primari o naturali (biologici) e di fattori artificiali o culturali (personali e sociali); in tutti i casi il “bisogno di salute”, così definito, è proprio quello che richiede azioni di protezione sociale e prestazioni sanitarie.

L'insieme delle prestazioni dell'Assistenza socio – sanitaria si caratterizzano in tre tipologie a seconda della maggiore o minore presenza di fattori sociali o sanitari.

Le prestazioni sono individuate quali:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
- prestazioni sociali a rilevanza sanitarie
- prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione.
 - La prima tipologia, **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, risponde alla necessità di mettere in atto prestazioni tese alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, alla rimozione e al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Tutte queste prestazioni sono di competenza delle Aziende Sanitarie Locali e a carico delle stesse, inserite in progetti personalizzati ed erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali;
 - La seconda tipologia di prestazioni si caratterizza per la forte componente sociale, da qui il nome di **prestazione sociale a rilevanza sanitaria**, correlata a particolari stati di bisogno dovuti a problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. queste prestazioni sono di competenza dei Comuni, sono inserite in progetti personalizzati e sono prestate con partecipazioni alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi;
 - La terza tipologia prevede invece le **prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione**. Questa tipologia si configura per tutte quelle particolari situazioni in cui non è possibile definire la prevalenza dell'uno o dell'altro fattore sociale o sanitario poiché la complessità è tale da non poter scindere le due fattispecie.

In tale ambito le azioni che andranno poste in essere, nel progetto individuale d'intervento, saranno caratterizzate dal concorso di più apporti professionali sociali e sanitari, tali da rendere la prestazione inscindibile e indivisibile.

Di queste prestazioni ve ne sono alcune che vengono definite come *prestazioni socio – sanitarie partecipate*.

Art. 2 LE PRESTAZIONI SOCIO – SANITARIE PARTECIPATE

Le prestazioni socio – sanitarie cosiddette partecipate sono quelle prestazioni nelle quali la componente sanitarie e sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali l'entità del finanziamento è attribuita

percentualmente alla competenza delle AA.SS.LL. e dei Comuni (DPCM 14.02.01 e allegato 1 C del DPCM 29.11.01).

Per quanto riguarda la compartecipazione a carico dei comuni si fa riferimento al Protocollo d'Intesa sottoscritto dai Sindaci o loro delegati e dall'ASL SA/2 in data 8 aprile 2004.

Attengono prevalentemente alle aree:

- **materno infantile;**
- **anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico degenerative;**
- **disabilità;**
- **patologie psichiatriche;**
- **dipendeze da droga, alcol e farmaci;**
- **patologie per infezioni da HIV e patologie terminali.**

Si articolano in Prestazioni domiciliari, residenziali e semiresidenziali.

L'Allegato 1c del DPCM del 29.11.01 così definisce le otto prestazioni oggetto di compartecipazione:

Assistenza Domiciliare

- **Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)** – Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona;

Assistenza semiresidenziale

- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socioriabilitative in regime semiresidenziale per disabili gravi;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani** – prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo;

Assistenza residenziale:

- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali** – prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani** – prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo;
- **Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di persone con infezione da HIV** – prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza in regime residenziale.

Art. 3

IL DISTRETTO SANITARIO

Il Piano Sanitario Nazionale e Regionale sottolineano l'importanza di un approccio sociale alla salute, quindi la funzione delle Aziende Sanitarie di analisi della domanda, valutazione del bisogno e definizione del percorso individualizzato di salute diventa prioritaria per qualunque tipo di intervento.

Il Distretto Sanitario secondo il PSR L.R. 10/2002 rappresenta il luogo in cui si realizza il livello di integrazione complessa delle attività socio sanitarie in favore della popolazione; pone al centro della propria attività il cittadino garantendogli l'unitarietà e la globalità degli interventi e la continuità di cura quindi la presa in carico globale e non settoriale/specialistica.

Art. 4

ACCOGLIENZA DELLA DOMANDA

L'accoglienza alle prestazioni socio-sanitarie avviene attraverso la Porta Unitaria di Accesso (PUA).

La PUA rappresenta l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda dei servizi socio-sanitari di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale a gestione integrata e compartecipata.

La PUA si realizza, ai fini dell'unitarietà di accesso, a livello distrettuale e si articola concretamente sul territorio attraverso i segretariati Sociali presenti nei Comuni e i diversi punti di accesso dei servizi attualmente esistenti nell'ASL.

L'Atto Aziendale redatto dall'ASL Sa2 prevede l'istituzione in ogni Distretto di un'Unità Operativa Accoglienza e Pubbliche Relazioni che accoglie la domanda, facilita i percorsi di accesso alle prestazioni, agevola l'utilizzazione dei servizi offerti ai cittadini e svolge una prima istruttoria dei bisogni complessi. Si articola inizialmente con i diversi punti di accesso della rete dei servizi sanitari distrettuali già esistenti: servizi di accoglienza e accettazione delle diverse UU.OO. distrettuali, Poliambulatori ecc. ed assume il ruolo di anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda.

Nell'ambito dei servizi sociali la PUA si integra con gli Sportelli di Segretariato Sociale presenti in ogni comune dell'Ambito, consentendo in tal modo l'accesso unificato a tutte le prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie previste dal PdZ e dal PAT creando una "Porta Unitaria di accesso ai servizi socio-sanitari" (P.U.A.).

L'Unità Operativa Accoglienza e Relazioni Pubbliche, al fine di garantire un percorso di salute personalizzato, attiverà l'Unità di Valutazione Distrettuale (U.V.D.), presente in ogni Distretto Sanitario.

La richiesta di cura può provenire tanto dal diretto interessato quanto dalle rete formale (MMG/PLS, UU.OO. distrettuali, PP.OO., Segretariato sociale e Servizio Sociale dei Comuni) o informale (famiglia, vicinato, volontariato, ecc.).

Art.5

VALUTAZIONE DEL BISOGNO (UVDI)

La valutazione unitaria del bisogno, ovvero l'analisi dettagliata dei problemi che presenta la persona, rappresenta l'adempimento prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto personalizzato e della presa in carico assistenziale di tipo complessivo, configurato dal punto di vista economico come "budget di cura".

È compito dell'U.V.D. svolgere tale valutazione al fine di:

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

L'UVD è composta da un dirigente medico, da un'assistente sociale (coordinatore) e da un infermiere professionale (coordinatore). Tale composizione minima sarà integrata dalle figure professionali idonee alla valutazione del singolo caso sulla base

dell'istruttoria preliminare attivata dalla P.U.A. e comunque sempre dal MMG/PLS (responsabile clinico dei suoi assistiti) e dall'assistente sociale del Servizio Sociale di riferimento dell'assistito (UVDI) e da un medico della specifica Unità Operativa distrettuale competente (per i pazienti > 65 dell'UOAA, per i disabili dell'UOAR, per i soggetti < 65 dell'UOABUS, per gli psicofragili dell' UOSM).

Art. 5.1 compiti dell'U.V.D.I.

- verifica con la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari la presenza delle condizioni di eleggibilità per prestazioni domiciliari, residenziali e semi residenziali;
- elabora il progetto socio-sanitario personalizzato, che deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato;
- procede alla dimissione concordata;
- notifica all'ASL e ai Comuni, per la parte di rispettiva competenza, l'impegno di spesa a carico dei rispettivi bilanci e/o di quando previsto dai protocolli d'intesa e dagli accordi di programma sottoscritti, scaturente dal progetto personalizzato;
- con cadenza annuale trasmette al Direttore Generale dell'ASL e al Comitato dei Sindaci di Distretto, attraverso il Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito, un dettagliato report delle attività svolte.

La valutazione mutidimensionale deve avvalersi di strumenti idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitaria e sociale), specifici e scientificamente validati, per rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione e consentire la definizione qualitativa e quantitativa:

- dei bisogni reali e prioritari, espressi o meno (soprattutto in relazione allo stato di salute, all'autonomia e alla capacità di supporto del nucleo familiare, ivi compresa la qualità delle condizioni abitative)
- degli obiettivi che ragionevolmente si possono raggiungere
- degli interventi da adottare
- delle risorse da attivare.

Art. 6

IL PROGETTO PERSONALIZZATO

Il progetto personalizzato di salute deve tenere conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari, e deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere, sia riguardo al paziente che ai suoi familiari, i quali possono talvolta costituire un target prioritario di intervento;
- il regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale) e il suo livello di intensità e di durata;
- le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
- la quantità, 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 disponibilità e le quantità di presidi e materiali vari;
- l'individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento: referente familiare e responsabile della presa in carico;
- la durata complessiva del progetto;

- strumenti (riunioni di verifica/coordinamento, schede/registri/cartelle, indicatori di processo e di risultato, report), 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 impiegate rispetto agli obiettivi prefissati
 - alla modalità per garantire la sovrintendenza e verifica delle prestazioni effettuate da altri erogatori (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 da parte del servizio pubblico.

Il progetto personalizzato, comunicato in modo comprensibile ed appropriato, va condiviso con il paziente e/o i suoi familiari per essere sottoscritto. Esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato (bisogni, preferenze, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative ecc...).

La flessibilità del progetto personalizzato è garantita dalle figure di riferimento e dalla responsabilità che ognuna di loro assume in ragione della tempestività e modalità di adattamento operativo di una fase del progetto. Ogni modifica operativa dovrà poi comunque essere verificata e ratificata dall'U.V.D.I.

Art. 6.1 Figure significative di riferimento.

Il responsabile della presa in carico o case manager è un operatore incaricato di seguire la realizzazione del progetto personalizzato, di cui è il garante, e che si assume la responsabilità dell'attuazione degli interventi in esso previsti. Rappresenta anche il principale riferimento organizzativo per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'équipe assistenziale multiprofessionale.

E' quindi una figura di raccordo operativo all'interno dell'équipe, garantendone l'integrazione, tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, efficace ed efficiente, verificando costantemente la congruità tra i risultati raggiunti e le risorse impiegate.

Può essere una figura sanitaria o sociale, individuata in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative mai comunque all'interno della struttura semiresidenziale o residenziale ad evitare un peso eccessivo nell'esistenza dell'assistito.

Il Responsabile del caso viene individuato dall'UVDI nella prima riunione di valutazione.

Il Referente familiare è colui che si prende cura per più tempo dell'assistito, stando più costantemente in contatto con lui. E' quindi il principale dei care givers.

Importante individuare precocemente la persona che svolge questo ruolo e valutarne capacità, competenze ed esigenze di supporto, in quanto può costituire una risorsa positiva preziosa, contribuendo alla realizzazione del piano assistenziale individuale.

Art.7

MODALITA' DI FUNZIONAMENTO DELL'UVDI

Le attività delle UVDI sono coordinate dal dirigente responsabile dell'UVD per l'area sanitaria e da un Assistente sociale nominato dai Comuni dell'ambito per l'area sociale.

L'UVDI si riunisce presso la sede del Distretto di competenza;

Le riunioni di UVDI vengono convocate per iscritto ai componenti ed all'utente dal dirigente medico responsabile dell'UVD e dall'Assistente sociale nominato dai Comuni, la convocazione viene trasmessa per conoscenza al sindaco del Comune di residenza dell'assistito.

7.1. I componenti convocati sono tenuti a partecipare e l'eventuale assenza deve essere adeguatamente giustificata.

In caso di assenza da parte di componenti deputati alla definizione del singolo progetto individuale, la valutazione viene rinviata a successiva seduta.

Alla seconda convocazione si procederà comunque alla definizione del progetto individuale e all'erogazione della prestazione con notifica alla parte eventualmente assente.

Art.8

COMITATO DI COORDINAMENTO

Al fine di ricondurre ad unitarietà gli atti programmatici dell'ASL e dei Comuni, le procedure di accesso, il sistema di valutazione multidimensionale, le prestazioni erogate e le modalità di funzionamento delle UVDI è istituito un Comitato di Coordinamento composto da:

- ⇒ Coordinatore socio sanitario dell'ASL Sa 2
- ⇒ Direttore del Dipartimento Salute Mentale ASL Sa 2
- ⇒ Dirigenti medici responsabili dell'UVD
- ⇒ Responsabile Ufficio di Piano o suo delegato
- ⇒ Responsabile dell'Area Integrazione Socio Sanitaria del Piano di Zona.

Il comitato di coordinamento si riunisce periodicamente ogni tre mesi oppure su convocazione di uno dei suoi componenti.

Art.9

ATTI PROGRAMMATORI

Sulla base delle indicazioni di legge, Protocolli di intesa e degli Accordi di Programma sottoscritti, annualmente l'attività delle UVDI è inserita nei Programmi delle Attività Territoriali (PAT) dei Distretti sanitari e nel Piano di Zona dei Servizi Sociali di Ambito.

Gli Accordi di programma, i Programmi delle Attività Territoriali e il Piano di Zona dei Servizi Sociali, unitamente alla programmazione finanziaria, sono contestualmente sottoscritti e approvati dal Coordinamento Istituzionale.

La programmazione finanziaria, attraverso specifici capitoli di spesa, è inserita nei bilanci dei Comuni e dell'ASL SA2.

Art. 10

APPROVAZIONE REGOLAMENTO

Il presente regolamento è approvato, previa specifica deliberazione, dal Direttore Generale dell'ASL Sa 2 e dalle Giunte Comunali dei Comuni dell'ambito territoriale S5.

Art. 11

NORME DI RINVIO

Per tutto quanto non previsto dal presente regolamento si fa rinvio alle vigenti disposizioni di legge.