

PROTOCOLLO D'INTESA

tra l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Mantova
e l'Ambito Territoriale di Asola
per il funzionamento del Punto Unico di Accesso (PUA)

Premesso

- che il D.M. 77/2022 assegna alla "Casa di Comunità" (sia "Hub" che "Spoke") il compito di promuovere un modello di intervento integrato e multidisciplinare, quale sede privilegiata di progettazione ed erogazione di interventi sanitari, nonché di fornire la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni svolte dal **Punto Unico di Accesso (PUA)**;
- la Legge n. 234/2021 (Legge di bilancio 2022) ridefinisce ed amplia le funzioni dei **Punti Unici di Accesso (PUA)**, incardinando al loro interno anche l'attività delle **Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM)**, finalizzata alla valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone (art. 1, co. 163);
- che presso i **Punti Unici di Accesso (PUA)** operano pertanto équipe integrate, composte da personale (adeguatamente formato e numericamente sufficiente) appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), che assicurano la funzionalità delle **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, anche al fine di delineare il carico assistenziale e consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non appropriate;

Considerato

- che il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sono tenuti a garantire, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità" (art. 1, co. 163, L. n. 234/2021);
- che gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) si impegnano raggiungere nelle annualità di vigenza **Piano per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024** gli obiettivi di servizio individuati per la progressiva attuazione del LEPS di Processo "Percorso assistenziale integrato" (art. 1, co. 162 e co. 164, L. n. 234/2021);
- che gli **Obiettivi di servizio per i Servizi Sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2022** prevedono la costituzione del sistema unitario dei Punti di Accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario, prevedendo la stipula di Protocolli operativi di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;
- che gli **Obiettivi di servizio per i servizi sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2023** rappresentano

strumenti unitari per la valutazione preliminare, condivisi dall'Ambito Territoriale Sociale e dall'Ambito Territoriale sanitario, prevedendo Accordi di programma di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che gli **Obiettivi di Servizio 2024**, strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario, prevedono la stipula di Protocolli operativi per il funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UMV) comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che nell'ambito del **Piano Nazionale degli interventi sociali 2021-2023** l'implementazione dell'integrazione e collaborazione della parte sociale con quella sanitaria all'interno delle équipe multidisciplinari incardinate nel Punto Unico di Accesso (PUA) viene indicata tra le azioni prioritarie;

Viste:

- la L.R. n. 22/2021 recante "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

- la DGR n° XI/6760/2022 di approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale";

- la L.R. n. 25/2022 ad oggetto "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità";

- la DGR n. XI/6867/2022 "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"

- il DM 29 aprile 2022 di approvazione delle "Linee guida organizzative contenenti il "modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021 - (atto da trasmettere al consiglio regionale)";

- la DGR n. 1158 del 23/10/2023 "Integrazioni al programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2022-2024 - 5^ provvedimento FNA 2022 - esercizio 2023";

RITENUTO di mantenere in capo ai Direttori dei Distretti dell'ASST di Mantova le competenze per il funzionamento dei **Punti Unici di Accesso (PUA)** e al Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità della ASST di Mantova il funzionamento dell'**Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UMV/UMVD)**, così come ridefinito nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, approvato con DGR n. XI/6926 del 12/09/2022 e recepito con Decreto n. 792/2022;

Tutto ciò premesso e considerato,

TRA

l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova – di seguito ASST – in persona del Legale rappresentante, Direttore Generale pro tempore

E

L'Azienda Speciale Consortile Servizi alla Persona dell'Asolano A.S.P.A., ente strumentale che opera per l'attuazione delle finalità individuate nel Piano di Zona vigente, costituito dai dodici Comuni dell'Ambito Sociale di Asola, con sede a Castel Goffredo (MN), nella persona del Direttore Generale pro tempore

SI STIPULA

il presente

PROTOCOLLO D'INTESA

per il rinnovo e la disciplina del funzionamento del **Punto Unico di Accesso (PUA)**, per la presa in carico delle persone fragili e delle loro famiglie.

ART. 1

OGGETTO DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa disciplina le modalità di costituzione e funzionamento del **Punto Unico di Accesso** - di seguito **PUA** - per la persona, che si pone naturalmente quale primo luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria del paziente a domicilio, in condizione di stabilità clinica, porta di accesso alla rete dei servizi, delle risorse territoriali e di accoglienza e orientamento tra Comune/Ambito Territoriale Sociale e Distretto dell'ASST.

Il PUA opera in stretto contatto con la Centrale Operativa Territoriale (COT) che assolve prevalentemente al ruolo di raccordo tra servizi nei vari *setting* assistenziali (ad esempio nella fase di ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere e di ricovero intermedio o definitivo).

Il PUA garantisce pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità, garantisce percorsi integrati di presa in carico e accompagnamento delle persone fragili e delle loro famiglie a domicilio, con la funzione di integrare le attività di carattere sociosanitario e sociale con quelle di natura sanitaria, concorrendo alla presa in carico globale della persona per la comunità di riferimento.

Il PUA ha l'obiettivo di superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse unità d'offerta, integrando, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, una pluralità di interventi e prestazioni per le persone fragili, tra loro coordinate, in una logica di continuità assistenziale.

Il PUA garantisce l'accesso ai servizi sociosanitari e sociali alle persone in condizioni di non autosufficienza ed ha sede presso le Case di Comunità della ASST di Mantova.

Inoltre, il PUA:

- è gestito da personale dell'ASST di Mantova dei vari Distretti, insieme agli Ambiti Territoriali;
- si rivolge prioritariamente alle persone in condizioni di fragilità (ad esempio disabili ed anziani non autosufficienti), allo scopo di semplificare ed agevolare l'informazione e l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari;

- garantisce l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari, promuovendo l'integrazione tra attività sanitarie e attività sociosanitarie;
- avvia la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale.

ART. 2

FUNZIONI DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il PUA è il luogo della presa in carico del paziente fragile a domicilio attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno, l'organizzazione dei percorsi per gli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e del monitoraggio dei percorsi.

Le attività del PUA sono pertanto volte a:

- orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse;
- agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
- monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere di situazioni a rischio o allo sviluppo di situazioni problematiche al domicilio;
- garantire la valutazione multidimensionale delle persone fragili, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita;
- segnalare le situazioni connesse con bisogni sociosanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata;
- elaborare, attraverso l'équipe integrata, il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando le risorse formali, informali ed economiche disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA;
- individuare, con l'équipe integrata, l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni;
- monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

ART. 3

Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multidimensionale (UVM/UVMD)

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è assicurata da una **équipe integrata**, composta dall'operatore sociale dell'ambito territoriale e dagli operatori identificati dell'ASST all'interno del Distretto. La valutazione viene attuata attraverso un processo condiviso e unitario, preferibilmente in compresenza. Le valutazioni possono essere effettuate presso il domicilio del paziente o nel luogo più prossimo al malato o alla famiglia, attraverso accessi programmati. L'attivazione avviene su richiesta del paziente o della famiglia o su segnalazione della Centrale Operativa Territoriale (COT), del Medico di Medicina Generale (MMG), del Medico Specialista, del servizio sociale comunale o altro.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. L'équipe integrata assicura le funzionalità del PUA, delle Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UVM/UVMD) e definisce il progetto di

assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Il PUA esercita le sue funzioni nei confronti dei cittadini residenti in Provincia di Mantova, ricompresi nel target di cui al successivo art. 5.

ART. 4

COMPOSIZIONE E ARTICOLAZIONE TERRITORIALE

Le sedi operative dei PUA sono collocate nelle "Case di Comunità" di Asola, Castiglione delle Stiviere, Goito, Mantova, Quistello, Suzzara, Viadana e Bozzolo.

L'ASST garantisce uno spazio idoneo agli operatori dei Comuni per le attività con l'utenza.

Il responsabile dell'équipe di valutazione multidimensionale a livello aziendale è il Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità dell'ASST di Mantova.

I PUA hanno sede operativa presso le "Case di Comunità" dei distretti della ASST di Mantova.

ART. 5

DESTINATARI

Il PUA si rivolge a tutti i cittadini del territorio che necessitano di servizi a domicilio e/o di orientamento all'accesso alla rete d'offerta sociale, sociosanitaria e sanitaria. In particolare, si rivolge alle famiglie con persone anziane e disabili, adulti e minori, in condizioni di non autosufficienza, a pazienti fragili con bisogni complessi siano essi provenienti dal proprio domicilio, da strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie o su segnalazione della competente Centrale Operativa Territoriale (COT).

ART. 6

RISORSE UMANE

L'équipe multidisciplinare del PUA è costituita, di norma, da un dirigente medico, da uno psicologo della "Casa di Comunità", da un'assistente sociale, e da un infermiere afferenti alla ASST di Mantova ed è integrata da personale dei Comuni con la qualifica di assistente sociale, indicato dall'Ambito Territoriale di riferimento.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di **tutte le professionalità necessarie** per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. Per la valutazione dei casi complessi verranno attivati dalla ASST i servizi specialistici necessari alla gestione del caso.

L'attuazione della UVM/UVMD da parte della ASST di Mantova sarà perseguita in una logica di progressiva implementazione, tenuto conto della gradualità necessaria sotto il profilo organizzativo.

L'équipe di valutazione multidimensionale si riunisce, con cadenza almeno mensile, per la discussione dei nuovi casi complessi o il monitoraggio dei pazienti già in carico.

Per i casi complessi la normale composizione di cui al primo capoverso può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali afferenti ai servizi o alle unità operative territoriali.

ART. 7

RACCORDO CON I MMG/PLS

Condizione indispensabile per la gestione domiciliare del paziente è il coinvolgimento, in qualità di responsabile clinico al domicilio del proprio assistito, del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Famiglia (PDF) curanti in tutte le fasi dell'assistenza.

Gli operatori dell'ASST e dell'Ambito Territoriale si impegnano proattivamente a coinvolgere il MMG o il PDF per la condivisione della presa in carico del paziente.

ART. 8

ATTIVITA' E MODALITA' OPERATIVE DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO

Gli interventi e i percorsi della rete di offerta socio-sanitaria territoriale attivabili tramite il PUA sono quelli definiti all'interno del Distretto e descritti nei PDTA (Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale) e nelle Regole di Distretto. I PDTA potranno essere integrati, implementati o modificati a seguito di sopravvenuta normativa di settore.

Qualora se ne ravvisi la necessità e/o su richiesta del Direttore di Ambito Territoriale, il Direttore di Distretto proporrà l'attivazione di gruppi di miglioramento composti da professionisti di ASST e di Ambito, per definire procedure ad alta integrazione.

Il Direttore del Distretto ed il responsabile dell'Ambito Territoriale si incontrano semestralmente per confrontarsi circa il funzionamento del PUA.

Allo stato attuale, il PUA gestisce le seguenti attività:

Ricezione della richiesta di accesso ad uno dei servizi della rete.

La richiesta può essere formulata dall'utente o da un suo familiare, dal MMG/PLS, dalla COT, dal Servizio Sociale comunale/d'Ambito, da organizzazioni di volontariato.

Analisi del bisogno.

Gli operatori del PUA, successivamente all'accoglienza, effettuano una prima analisi del bisogno anche attraverso strumenti di rapida applicazione.

Nel caso venga rilevato un bisogno di semplice gestione, la persona viene accompagnata e guidata nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (ad es. ADI, SAD, ecc.).

Nel caso venga rilevato un bisogno di complessa gestione, la persona viene rimandata ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale che può coinvolgere, oltre agli operatori del PUA, attori diversi da individuarsi in base ai bisogni manifestati.

Valutazione multidisciplinare/multidimensionale e pianificazione degli interventi.

La valutazione multidisciplinare e/o multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con fragilità/disabilità, identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale.

Tale valutazione si articola in due fasi:

- a) La rilevazione diretta nei confronti dell'assistito e della sua famiglia, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidisciplinare/multidimensionale distrettuale (UVM/UVMD o équipe integrata) formalmente riunita.

Il Piano Assistenziale Individuale (**PAI**) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo di presa in carico. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge

328/00 su istanza dell'interessato o suo delegato o amministratore di sostegno, è predisposto dall'UVM/UVMD distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale.

IL PAI contiene l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

La progettazione individuale, condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate e la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

Attivazione dei percorsi.

La valutazione multidisciplinare/multidimensionale consente di disporre degli elementi per individuare i problemi, definire gli obiettivi dell'assistenza e proporre un piano di intervento composto da servizi appropriati per tipologia, livello e tempi di intervento.

La proposta è illustrata all'interessato e/o ai suoi familiari, ai fini dell'orientamento nella rete dei servizi presenti sul territorio. Seguono quindi l'individuazione del case manager, all'interno del PUA o del Servizio Specialistico della rete territoriale che prende in carico il caso e l'avvio degli interventi previsti dal Piano, secondo la competenza e nel rispetto di tempi definiti.

verifica periodica e finale.

In corso di realizzazione del Piano di intervento vengono effettuate le rivalutazioni necessarie, finalizzate alla verifica dell'appropriatezza degli interventi (erogazione dell'assistenza e sua appropriatezza anche con riferimento a linee guida e protocolli), degli obiettivi e dei risultati raggiunti, del gradimento dell'assistenza ricevuta da parte dell'utenza.

In relazione a singoli problemi e/o singoli obiettivi possono essere previste specifiche verifiche.

inserimento/aggiornamento dati.

Dal punto di vista operativo, il PUA:

- . opera come équipe funzionale, in modo interattivo sia al proprio interno che all'esterno;
- . riceve quotidianamente le richieste di intervento;
- . effettua, il più celermente possibile e comunque entro i tempi massimi definiti dalla normativa vigente, il primo inquadramento di ogni nuova situazione, di norma attraverso accesso domiciliare e attiva conseguentemente il piano globale di intervento;
- . utilizza le modalità più semplici e rapide per attivare i servizi necessari garantendo comunque l'approccio multidimensionale e i livelli qualitativi previsti;
- . promuove l'autonomia e la responsabilizzazione dell'assistito e della sua famiglia evitando per quanto possibile interventi sostitutivi;
- . si relaziona direttamente con gli operatori/Enti che sono stati attivati sul singolo caso e, con gli stessi, effettua rivalutazioni in itinere della situazione, riaggiornando congiuntamente il Piano di intervento secondo necessità.

ART. 9
STRUMENTI INFORMATIVI

Gli strumenti informativi supportano l'utilizzo di scale di valutazione multidimensionale specifiche, in base alla problematica riscontrata.

ART. 10
FORMAZIONE CONTINUA

L'ASST di Mantova promuove percorsi di formazione rivolti agli operatori del PUA, anche d'intesa con l'Ambito Territoriale di riferimento, per sviluppare competenze specifiche e migliorare l'integrazione tra le diverse professionalità.

Le iniziative potranno essere organizzate singolarmente o congiuntamente dai partner del presente Protocollo.

ART. 11
COPERTURA ASSICURATIVA

L'ASST di Mantova e il Consorzio / Comune / Servizio, in qualità di datori di lavoro, sono tenuti a garantire la copertura assicurativa del proprio personale, secondo le norme vigenti, a qualsiasi titolo e ovunque svolga l'attività oggetto del presente accordo.

Per quanto riguarda le procedure e modalità autorizzative per l'utilizzo automezzi, rimborsi spese, trattamento di missione, consumo pasti ecc., ciascun operatore si atterrà alla regolamentazione vigente nell'Ente di appartenenza.

ART. 12
DECORRENZA E DURATA DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa esplica i suoi effetti a far data dalla sottoscrizione e sino al 31/12/2026.

Qualora si rendessero necessarie modifiche sostanziali all'intesa, le parti avranno cura di rinegoziare i contenuti e di adottare un nuovo Protocollo da sottoporre ad approvazione con atto deliberativo.

L'intesa può essere revocata, su iniziativa di ciascuna delle parti, con preavviso di almeno 60 giorni. La comunicazione di revoca dovrà essere esplicitata per iscritto e motivata.

Mantova,

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Generale
Azienda Speciale dell'Asolano ASPA
Dr.ssa Daniela Ottoni

Il Direttore Generale
ASST di Mantova
Dr.ssa Mara Azzi

PROTOCOLLO D'INTESA

tra l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Mantova
e l'Ambito Territoriale di Guidizzolo
per il funzionamento del Punto Unico di Accesso (PUA)

Premesso

- che il D.M. 77/2022 assegna alla "Casa di Comunità" (sia "Hub" che "Spoke") il compito di promuovere un modello di intervento integrato e multidisciplinare, quale sede privilegiata di progettazione ed erogazione di interventi sanitari, nonché di fornire la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni svolte dal **Punto Unico di Accesso (PUA)**;
- la Legge n. 234/2021 (Legge di bilancio 2022) ridefinisce ed amplia le funzioni dei **Punti Unici di Accesso (PUA)**, incardinando al loro interno anche l'attività delle **Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM)**, finalizzata alla valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone (art. 1, co. 163);
- che presso i **Punti Unici di Accesso (PUA)** operano pertanto équipe integrate, composte da personale (adeguatamente formato e numericamente sufficiente) appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), che assicurano la funzionalità delle **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, anche al fine di delineare il carico assistenziale e consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non appropriate;

Considerato

- che il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sono tenuti a garantire, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità" (art. 1, co. 163, L. n. 234/2021);
- che gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) si impegnano raggiungere nelle annualità di vigenza **Piano per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024** gli obiettivi di servizio individuati per la progressiva attuazione del LEPS di Processo "Percorso assistenziale integrato" (art. 1, co. 162 e co. 164, L. n. 234/2021);
- che gli **Obiettivi di servizio per i Servizi Sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2022** prevedono la costituzione del sistema unitario dei Punti di Accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario, prevedendo la stipula di Protocolli operativi di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;
- che gli **Obiettivi di servizio per i servizi sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2023** rappresentano

strumenti unitari per la valutazione preliminare, condivisi dall'Ambito Territoriale Sociale e dall'Ambito Territoriale sanitario, prevedendo Accordi di programma di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che gli **Obiettivi di Servizio 2024**, strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario, prevedono la stipula di Protocolli operativi per il funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UMV) comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che nell'ambito del **Piano Nazionale degli interventi sociali 2021-2023** l'implementazione dell'integrazione e collaborazione della parte sociale con quella sanitaria all'interno delle équipe multidisciplinari incardinate nel Punto Unico di Accesso (PUA) viene indicata tra le azioni prioritarie;

Viste:

- la L.R. n. 22/2021 recante "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

- la DGR n° XI/6760/2022 di approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale";

- la L.R. n. 25/2022 ad oggetto "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità";

- la DGR n. XI/6867/2022 "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatoria costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"

- il DM 29 aprile 2022 di approvazione delle "Linee guida organizzative contenenti il "modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021 - (atto da trasmettere al consiglio regionale)";

- la DGR n. 1158 del 23/10/2023 "Integrazioni al programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2022-2024 - 5^ provvedimento FNA 2022 - esercizio 2023";

RITENUTO di mantenere in capo ai Direttori dei Distretti dell'ASST di Mantova le competenze per il funzionamento dei **Punti Unici di Accesso (PUA)** e al Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità della ASST di Mantova il funzionamento dell'**Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UMV/UMVD)**, così come ridefinito nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, approvato con DGR n. XI/6926 del 12/09/2022 e recepito con Decreto n. 792/2022;

Tutto ciò premesso e considerato,

TRA

l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova – di seguito ASST – in persona del Legale rappresentante, Direttore Generale pro tempore

E

L'Azienda speciale consortile Servizi alla Persona Alto Mantovano (ASPAM), capofila dell'Ambito di Guidizzolo, in persona del legale rappresentante pro tempore

SI STIPULA

il presente

PROTOCOLLO D'INTESA

per il rinnovo e la disciplina del funzionamento del **Punto Unico di Accesso (PUA)**, per la presa in carico delle persone fragili e delle loro famiglie.

ART. 1

OGGETTO DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa disciplina le modalità di costituzione e funzionamento del **Punto Unico di Accesso** - di seguito **PUA** - per la persona, che si pone naturalmente quale primo luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria del paziente a domicilio, in condizione di stabilità clinica, porta di accesso alla rete dei servizi, delle risorse territoriali e di accoglienza e orientamento tra Comune/Ambito Territoriale Sociale e Distretto dell'ASST.

Il PUA opera in stretto contatto con la Centrale Operativa Territoriale (COT) che assolve prevalentemente al ruolo di raccordo tra servizi nei vari *setting* assistenziali (ad esempio nella fase di ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere e di ricovero intermedio o definitivo).

Il PUA garantisce pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità, garantisce percorsi integrati di presa in carico e accompagnamento delle persone fragili e delle loro famiglie a domicilio, con la funzione di integrare le attività di carattere sociosanitario e sociale con quelle di natura sanitaria, concorrendo alla presa in carico globale della persona per la comunità di riferimento.

Il PUA ha l'obiettivo di superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse unità d'offerta, integrando, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, una pluralità di interventi e prestazioni per le persone fragili, tra loro coordinate, in una logica di continuità assistenziale.

Il PUA garantisce l'accesso ai servizi sociosanitari e sociali alle persone in condizioni di non autosufficienza ed ha sede presso le Case di Comunità della ASST di Mantova.

Inoltre, il PUA:

- è gestito da personale dell'ASST di Mantova dei vari Distretti, insieme agli Ambiti Territoriali;
- si rivolge prioritariamente alle persone in condizioni di fragilità (ad esempio disabili ed anziani non autosufficienti), allo scopo di semplificare ed agevolare l'informazione e l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari;
- garantisce l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari, promuovendo l'integrazione tra attività sanitarie e attività sociosanitarie;
- avvia la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale.

ART. 2

FUNZIONI DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il PUA è il luogo della presa in carico del paziente fragile a domicilio attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno, l'organizzazione dei percorsi per gli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e del monitoraggio dei percorsi.

Le attività del PUA sono pertanto volte a:

- orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse;
- agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
- monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere di situazioni a rischio o allo sviluppo di situazioni problematiche al domicilio;
- garantire la valutazione multidimensionale delle persone fragili, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita;
- segnalare le situazioni connesse con bisogni sociosanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata;
- elaborare, attraverso l'équipe integrata, il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando le risorse formali, informali ed economiche disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dal LEA;
- individuare, con l'équipe integrata, l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni;
- monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

ART. 3

Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multidimensionale (UVM/UVMD)

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è assicurata da una **équipe integrata**, composta dall'operatore sociale dell'ambito territoriale e dagli operatori identificati dell'ASST all'interno del Distretto. La valutazione viene attuata attraverso un processo condiviso e unitario, preferibilmente in compresenza. Le valutazioni possono essere effettuate presso il domicilio del paziente o nel luogo più prossimo al malato o alla famiglia, attraverso accessi programmati. L'attivazione avviene su richiesta del paziente o della famiglia o su segnalazione della Centrale Operativa Territoriale (COT), del Medico di Medicina Generale (MMG), del Medico Specialista, del servizio sociale comunale o altro.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. L'équipe integrata assicura le funzionalità del PUA, delle Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UVM/UVMD) e definisce il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Il PUA esercita le sue funzioni nei confronti dei cittadini residenti in Provincia di Mantova, ricompresi nel target di cui al successivo art. 5.

ART. 4

COMPOSIZIONE E ARTICOLAZIONE TERRITORIALE

Le sedi operative dei PUA sono collocate nelle "Case di Comunità" di Asola, Castiglione delle Stiviere, Goito, Mantova, Quistello, Suzzara, Viadana e Bozzolo.

L'ASST garantisce uno spazio idoneo agli operatori dei Comuni per le attività con l'utenza.

Il responsabile dell'équipe di valutazione multidimensionale a livello aziendale è il Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità dell'ASST di Mantova.

I PUA hanno sede operativa presso le "Case di Comunità" dei distretti della ASST di Mantova.

ART. 5

DESTINATARI

Il PUA si rivolge a tutti i cittadini del territorio che necessitano di servizi a domicilio e/o di orientamento all'accesso alla rete d'offerta sociale, sociosanitaria e sanitaria. In particolare, si rivolge alle famiglie con persone anziane e disabili, adulti e minori, in condizioni di non autosufficienza, a pazienti fragili con bisogni complessi siano essi provenienti dal proprio domicilio, da strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie o su segnalazione della competente Centrale Operativa Territoriale (COT).

ART. 6

RISORSE UMANE

L'équipe multidisciplinare del PUA è costituita, di norma, da un dirigente medico, da uno psicologo della "Casa di Comunità", da un'assistente sociale, e da un infermiere afferenti alla ASST di Mantova ed è integrata da personale dei Comuni con la qualifica di assistente sociale, indicato dall'Ambito Territoriale di riferimento.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di **tutte le professionalità necessarie** per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. Per la valutazione dei casi complessi verranno attivati dalla ASST i servizi specialistici necessari alla gestione del caso.

L'attuazione della UVM/UVMD da parte della ASST di Mantova sarà perseguita in una logica di progressiva implementazione, tenuto conto della gradualità necessaria sotto il profilo organizzativo.

L'équipe di valutazione multidimensionale si riunisce, con cadenza almeno mensile, per la discussione dei nuovi casi complessi o il monitoraggio dei pazienti già in carico.

Per i casi complessi la normale composizione di cui al primo capoverso può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali afferenti ai servizi o alle unità operative territoriali.

ART. 7

RACCORDO CON I MMG/PLS

Condizione indispensabile per la gestione domiciliare del paziente è il coinvolgimento, in qualità di responsabile clinico al domicilio del proprio assistito, del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Famiglia (PDF) curanti in tutte le fasi dell'assistenza.

Gli operatori dell'ASST e dell'Ambito Territoriale si impegnano proattivamente a coinvolgere il MMG o il PDF per la condivisione della presa in carico del paziente.

ART. 8

ATTIVITA' E MODALITA' OPERATIVE DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO

Gli interventi e i percorsi della rete di offerta socio-sanitaria territoriale attivabili tramite il PUA sono quelli definiti all'interno del Distretto e descritti nei PDTA (Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale) e nelle Regole di Distretto. I PDTA potranno essere integrati, implementati o modificati a seguito di sopravvenuta normativa di settore.

Qualora se ne ravvisi la necessità e/o su richiesta del Direttore di Ambito Territoriale, il Direttore di Distretto proporrà l'attivazione di gruppi di miglioramento composti da professionisti di ASST e di Ambito, per definire procedure ad alta integrazione.

Il Direttore del Distretto ed il responsabile dell'Ambito Territoriale si incontrano semestralmente per confrontarsi circa il funzionamento del PUA.

Allo stato attuale, il PUA gestisce le seguenti attività:

Ricezione della richiesta di accesso ad uno dei servizi della rete.

La richiesta può essere formulata dall'utente o da un suo familiare, dal MMG/PLS, dalla COT, dal Servizio Sociale comunale/d'Ambito, da organizzazioni di volontariato.

Analisi del bisogno.

Gli operatori del PUA, successivamente all'accoglienza, effettuano una prima analisi del bisogno anche attraverso strumenti di rapida applicazione.

Nel caso venga rilevato un bisogno di semplice gestione, la persona viene accompagnata e guidata nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (ad es. ADI, SAD, ecc.).

Nel caso venga rilevato un bisogno di complessa gestione, la persona viene rimandata ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale che può coinvolgere, oltre agli operatori del PUA, attori diversi da individuarsi in base ai bisogni manifestati.

Valutazione multidisciplinare/multidimensionale e pianificazione degli interventi.

La valutazione multidisciplinare e/o multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con fragilità/disabilità, identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale.

Tale valutazione si articola in due fasi:

- a) La rilevazione diretta nei confronti dell'assistito e della sua famiglia, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidisciplinare/multidimensionale distrettuale (UVM/UVMD o équipe integrata) formalmente riunita.

Il Piano Assistenziale Individuale (**PAI**) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo di presa in carico. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato o suo delegato o amministratore di sostegno, è predisposto dall'UVM/UVMD distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale.

IL PAI contiene l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La progettazione individuale, condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate e la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

Attivazione dei percorsi.

La valutazione multidisciplinare/multidimensionale consente di disporre degli elementi per individuare i problemi, definire gli obiettivi dell'assistenza e proporre un piano di intervento composto da servizi appropriati per tipologia, livello e tempi di intervento.

La proposta è illustrata all'interessato e/o ai suoi familiari, ai fini dell'orientamento nella rete dei servizi presenti sul territorio. Seguono quindi l'individuazione del case manager, all'interno del PUA o del Servizio Specialistico della rete territoriale che prende in carico il caso e l'avvio degli interventi previsti dal Piano, secondo la competenza e nel rispetto di tempi definiti.

verifica periodica e finale.

In corso di realizzazione del Piano di intervento vengono effettuate le rivalutazioni necessarie, finalizzate alla verifica dell'appropriatezza degli interventi (erogazione dell'assistenza e sua appropriatezza anche con riferimento a linee guida e protocolli), degli obiettivi e dei risultati raggiunti, del gradimento dell'assistenza ricevuta da parte dell'utenza.

In relazione a singoli problemi e/o singoli obiettivi possono essere previste specifiche verifiche.

inserimento/aggiornamento dati.

Dal punto di vista operativo, il PUA:

- . opera come équipe funzionale, in modo interattivo sia al proprio interno che all'esterno;
- . riceve quotidianamente le richieste di intervento;
- . effettua, il più celermente possibile e comunque entro i tempi massimi definiti dalla normativa vigente, il primo inquadramento di ogni nuova situazione, di norma attraverso accesso domiciliare e attiva conseguentemente il piano globale di intervento;
- . utilizza le modalità più semplici e rapide per attivare i servizi necessari garantendo comunque l'approccio multidimensionale e i livelli qualitativi previsti;
- . promuove l'autonomia e la responsabilizzazione dell'assistito e della sua famiglia evitando per quanto possibile interventi sostitutivi;
- . si relaziona direttamente con gli operatori/Enti che sono stati attivati sul singolo caso e, con gli stessi, effettua rivalutazioni in itinere della situazione, riaggiornando congiuntamente il Piano di intervento secondo necessità.

ART. 9 STRUMENTI INFORMATIVI

Gli strumenti informativi supportano l'utilizzo di scale di valutazione multidimensionale specifiche, in base alla problematica riscontrata.

ART. 10 FORMAZIONE CONTINUA

L'ASST di Mantova promuove percorsi di formazione rivolti agli operatori del PUA, anche d'intesa con l'Ambito Territoriale di riferimento, per sviluppare competenze specifiche e migliorare l'integrazione tra le diverse professionalità.

Le iniziative potranno essere organizzate singolarmente o congiuntamente dai partner del presente Protocollo.

ART. 11 COPERTURA ASSICURATIVA

L'ASST di Mantova e il Consorzio / Comune / Servizio, in qualità di datori di lavoro, sono tenuti a garantire la copertura assicurativa del proprio personale, secondo le norme vigenti, a qualsiasi titolo e ovunque svolga l'attività oggetto del presente accordo.

Per quanto riguarda le procedure e modalità autorizzative per l'utilizzo automezzi, rimborsi spese, trattamento di missione, consumo pasti ecc., ciascun operatore si atterrà alla regolamentazione vigente nell'Ente di appartenenza.

ART. 12 DECORRENZA E DURATA DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa esplica i suoi effetti a far data dalla sottoscrizione e sino al 31/12/2026.

Qualora si rendessero necessarie modifiche sostanziali all'intesa, le parti avranno cura di rinegoziare i contenuti e di adottare un nuovo Protocollo da sottoporre ad approvazione con atto deliberativo.

L'intesa può essere revocata, su iniziativa di ciascuna delle parti, con preavviso di almeno 60 giorni. La comunicazione di revoca dovrà essere esplicitata per iscritto e motivata.

Mantova,

Letto, confermato e sottoscritto

Il Legale Rappresentante
Azienda speciale consortile Servizi alla Persona
Alto Mantovano (ASPAM)
Dr.ssa Miriam Gasparato

Il Direttore Generale
ASST di Mantova
Dr.ssa Mara Azzi

PROTOCOLLO D'INTESA

tra l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Mantova
e l'Ambito Territoriale di Mantova
per il funzionamento del Punto Unico di Accesso (PUA)

Premesso

- che il D.M. 77/2022 assegna alla "Casa di Comunità" (sia "Hub" che "Spoke") il compito di promuovere un modello di intervento integrato e multidisciplinare, quale sede privilegiata di progettazione ed erogazione di interventi sanitari, nonché di fornire la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni svolte dal **Punto Unico di Accesso (PUA)**;
- la Legge n. 234/2021 (Legge di bilancio 2022) ridefinisce ed amplia le funzioni dei **Punti Unici di Accesso (PUA)**, incardinando al loro interno anche l'attività delle **Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM)**, finalizzata alla valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone (art. 1, co. 163);
- che presso i **Punti Unici di Accesso (PUA)** operano pertanto équipe integrate, composte da personale (adeguatamente formato e numericamente sufficiente) appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), che assicurano la funzionalità delle **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, anche al fine di delineare il carico assistenziale e consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non appropriate;

Considerato

- che il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sono tenuti a garantire, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità" (art. 1, co. 163, L. n. 234/2021);
- che gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) si impegnano raggiungere nelle annualità di vigenza **Piano per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024** gli obiettivi di servizio individuati per la progressiva attuazione del LEPS di Processo "Percorso assistenziale integrato" (art. 1, co. 162 e co. 164, L. n. 234/2021);
- che gli **Obiettivi di servizio per i Servizi Sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2022** prevedono la costituzione del sistema unitario dei Punti di Accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario, prevedendo la stipula di Protocolli operativi di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;
- che gli **Obiettivi di servizio per i servizi sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2023** rappresentano

strumenti unitari per la valutazione preliminare, condivisi dall'Ambito Territoriale Sociale e dall'Ambito Territoriale sanitario, prevedendo Accordi di programma di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che gli **Obiettivi di Servizio 2024**, strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario, prevedono la stipula di Protocolli operativi per il funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UMV) comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che nell'ambito del **Piano Nazionale degli interventi sociali 2021-2023** l'implementazione dell'integrazione e collaborazione della parte sociale con quella sanitaria all'interno delle équipe multidisciplinari incardinate nel Punto Unico di Accesso (PUA) viene indicata tra le azioni prioritarie;

Viste:

- la L.R. n. 22/2021 recante "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

- la DGR n° XI/6760/2022 di approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale";

- la L.R. n. 25/2022 ad oggetto "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità";

- la DGR n. XI/6867/2022 "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"

- il DM 29 aprile 2022 di approvazione delle "Linee guida organizzative contenenti il "modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021 - (atto da trasmettere al consiglio regionale)";

- la DGR n. 1158 del 23/10/2023 "Integrazioni al programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2022-2024 - 5^ provvedimento FNA 2022 - esercizio 2023";

RITENUTO di mantenere in capo ai Direttori dei Distretti dell'ASST di Mantova le competenze per il funzionamento dei **Punti Unici di Accesso (PUA)** e al Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità della ASST di Mantova il funzionamento dell'**Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UMV/UMVD)**, così come ridefinito nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, approvato con DGR n. XI/6926 del 12/09/2022 e recepito con Decreto n. 792/2022;

Tutto ciò premesso e considerato,

TRA

l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova – di seguito ASST – in persona del Legale rappresentante, Direttore Generale pro tempore

E

Il Consorzio Progetto Solidarietà, capofila del piano di Zona dell'Ambito Territoriale di Mantova, in persona del legale rappresentante pro tempore

SI STIPULA

il presente

PROTOCOLLO D'INTESA

per il rinnovo e la disciplina del funzionamento del **Punto Unico di Accesso (PUA)**, per la presa in carico delle persone fragili e delle loro famiglie.

ART. 1

OGGETTO DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa disciplina le modalità di costituzione e funzionamento del **Punto Unico di Accesso** - di seguito **PUA** - per la persona, che si pone naturalmente quale primo luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria del paziente a domicilio, in condizione di stabilità clinica, porta di accesso alla rete dei servizi, delle risorse territoriali e di accoglienza e orientamento tra Comune/Ambito Territoriale Sociale e Distretto dell'ASST.

Il PUA opera in stretto contatto con la Centrale Operativa Territoriale (COT) che assolve prevalentemente al ruolo di raccordo tra servizi nei vari *setting* assistenziali (ad esempio nella fase di ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere e di ricovero intermedio o definitivo).

Il PUA garantisce pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità, garantisce percorsi integrati di presa in carico e accompagnamento delle persone fragili e delle loro famiglie a domicilio, con la funzione di integrare le attività di carattere sociosanitario e sociale con quelle di natura sanitaria, concorrendo alla presa in carico globale della persona per la comunità di riferimento.

Il PUA ha l'obiettivo di superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse unità d'offerta, integrando, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, una pluralità di interventi e prestazioni per le persone fragili, tra loro coordinate, in una logica di continuità assistenziale.

Il PUA garantisce l'accesso ai servizi sociosanitari e sociali alle persone in condizioni di non autosufficienza ed ha sede presso le Case di Comunità della ASST di Mantova.

Inoltre, il PUA:

- è gestito da personale dell'ASST di Mantova dei vari Distretti, insieme agli Ambiti Territoriali;
- si rivolge prioritariamente alle persone in condizioni di fragilità (ad esempio disabili ed anziani non autosufficienti), allo scopo di semplificare ed agevolare l'informazione e l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari;
- garantisce l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari, promuovendo l'integrazione tra attività sanitarie e attività sociosanitarie;
- avvia la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale.

ART. 2 FUNZIONI DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il PUA è il luogo della presa in carico del paziente fragile a domicilio attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno, l'organizzazione dei percorsi per gli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e del monitoraggio dei percorsi.

Le attività del PUA sono pertanto volte a:

- orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse;
- agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
- monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere di situazioni a rischio o allo sviluppo di situazioni problematiche al domicilio;
- garantire la valutazione multidimensionale delle persone fragili, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita;
- segnalare le situazioni connesse con bisogni sociosanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata;
- elaborare, attraverso l'équipe integrata, il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando le risorse formali, informali ed economiche disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA;
- individuare, con l'équipe integrata, l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni;
- monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

ART. 3 Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multidimensionale (UVM/UVMD)

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è assicurata da una **équipe integrata**, composta dall'operatore sociale dell'ambito territoriale e dagli operatori identificati dell'ASST all'interno del Distretto. La valutazione viene attuata attraverso un processo condiviso e unitario, preferibilmente in compresenza. Le valutazioni possono essere effettuate presso il domicilio del paziente o nel luogo più prossimo al malato o alla famiglia, attraverso accessi programmati. L'attivazione avviene su richiesta del paziente o della famiglia o su segnalazione della Centrale Operativa Territoriale (COT), del Medico di Medicina Generale (MMG), del Medico Specialista, del servizio sociale comunale o altro.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. L'équipe integrata assicura le funzionalità del PUA, delle Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UVM/UVMD) e definisce il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Il PUA esercita le sue funzioni nei confronti dei cittadini residenti in Provincia di Mantova, ricompresi nel target di cui al successivo art. 5.

ART. 4

COMPOSIZIONE E ARTICOLAZIONE TERRITORIALE

Le sedi operative dei PUA sono collocate nelle "Case di Comunità" di Asola, Castiglione delle Stiviere, Goito, Mantova, Quistello, Suzzara, Viadana e Bozzolo.

L'ASST garantisce uno spazio idoneo agli operatori dei Comuni per le attività con l'utenza.

Il responsabile dell'équipe di valutazione multidimensionale a livello aziendale è il Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità dell'ASST di Mantova.

I PUA hanno sede operativa presso le "Case di Comunità" dei distretti della ASST di Mantova.

ART. 5

DESTINATARI

Il PUA si rivolge a tutti i cittadini del territorio che necessitano di servizi a domicilio e/o di orientamento all'accesso alla rete d'offerta sociale, sociosanitaria e sanitaria. In particolare, si rivolge alle famiglie con persone anziane e disabili, adulti e minori, in condizioni di non autosufficienza, a pazienti fragili con bisogni complessi siano essi provenienti dal proprio domicilio, da strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie o su segnalazione della competente Centrale Operativa Territoriale (COT).

ART. 6

RISORSE UMANE

L'équipe multidisciplinare del PUA è costituita, di norma, da un dirigente medico, da uno psicologo della "Casa di Comunità", da un'assistente sociale, e da un infermiere afferenti alla ASST di Mantova ed è integrata da personale dei Comuni con la qualifica di assistente sociale, indicato dall'Ambito Territoriale di riferimento.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di **tutte le professionalità necessarie** per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. Per la valutazione dei casi complessi verranno attivati dalla ASST i servizi specialistici necessari alla gestione del caso.

L'attuazione della UVM/UVMD da parte della ASST di Mantova sarà perseguita in una logica di progressiva implementazione, tenuto conto della gradualità necessaria sotto il profilo organizzativo.

L'équipe di valutazione multidimensionale si riunisce, con cadenza almeno mensile, per la discussione dei nuovi casi complessi o il monitoraggio dei pazienti già in carico.

Per i casi complessi la normale composizione di cui al primo capoverso può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali afferenti ai servizi o alle unità operative territoriali.

ART. 7

RACCORDO CON I MMG/PLS

Condizione indispensabile per la gestione domiciliare del paziente è il coinvolgimento, in qualità di responsabile clinico al domicilio del proprio assistito, del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Famiglia (PDF) curanti in tutte le fasi dell'assistenza.

Gli operatori dell'ASST e dell'Ambito Territoriale si impegnano proattivamente a coinvolgere il MMG o il PDF per la condivisione della presa in carico del paziente.

ART. 8

ATTIVITA' E MODALITA' OPERATIVE DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO

Gli interventi e i percorsi della rete di offerta socio-sanitaria territoriale attivabili tramite il PUA sono quelli definiti all'interno del Distretto e descritti nei PDTA (Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale) e nelle Regole di Distretto. I PDTA potranno essere integrati, implementati o modificati a seguito di sopravvenuta normativa di settore.

Qualora se ne ravvisi la necessità e/o su richiesta del Direttore di Ambito Territoriale, il Direttore di Distretto proporrà l'attivazione di gruppi di miglioramento composti da professionisti di ASST e di Ambito, per definire procedure ad alta integrazione.

Il Direttore del Distretto ed il responsabile dell'Ambito Territoriale si incontrano semestralmente per confrontarsi circa il funzionamento del PUA.

Allo stato attuale, il PUA gestisce le seguenti attività:

Ricezione della richiesta di accesso ad uno dei servizi della rete.

La richiesta può essere formulata dall'utente o da un suo familiare, dal MMG/PLS, dalla COT, dal Servizio Sociale comunale/d'Ambito, da organizzazioni di volontariato.

Analisi del bisogno.

Gli operatori del PUA, successivamente all'accoglienza, effettuano una prima analisi del bisogno anche attraverso strumenti di rapida applicazione.

Nel caso venga rilevato un bisogno di semplice gestione, la persona viene accompagnata e guidata nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (ad es. ADI, SAD, ecc.).

Nel caso venga rilevato un bisogno di complessa gestione, la persona viene rimandata ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale che può coinvolgere, oltre agli operatori del PUA, attori diversi da individuarsi in base ai bisogni manifestati.

Valutazione multidisciplinare/multidimensionale e pianificazione degli interventi.

La valutazione multidisciplinare e/o multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con fragilità/disabilità, identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale.

Tale valutazione si articola in due fasi:

- a) La rilevazione diretta nei confronti dell'assistito e della sua famiglia, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidisciplinare/multidimensionale distrettuale (UVM/UVMD o équipe integrata) formalmente riunita.

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo di presa in carico. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato o suo delegato o amministratore di sostegno, è predisposto dall'UVM/UVMD distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale.

IL PAI contiene l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

La progettazione individuale, condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate e la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

Attivazione dei percorsi.

La valutazione multidisciplinare/multidimensionale consente di disporre degli elementi per individuare i problemi, definire gli obiettivi dell'assistenza e proporre un piano di intervento composto da servizi appropriati per tipologia, livello e tempi di intervento.

La proposta è illustrata all'interessato e/o ai suoi familiari, ai fini dell'orientamento nella rete dei servizi presenti sul territorio. Seguono quindi l'individuazione del case manager, all'interno del PUA o del Servizio Specialistico della rete territoriale che prende in carico il caso e l'avvio degli interventi previsti dal Piano, secondo la competenza e nel rispetto di tempi definiti.

verifica periodica e finale.

In corso di realizzazione del Piano di intervento vengono effettuate le rivalutazioni necessarie, finalizzate alla verifica dell'appropriatezza degli interventi (erogazione dell'assistenza e sua appropriatezza anche con riferimento a linee guida e protocolli), degli obiettivi e dei risultati raggiunti, del gradimento dell'assistenza ricevuta da parte dell'utenza.

In relazione a singoli problemi e/o singoli obiettivi possono essere previste specifiche verifiche.

inserimento/aggiornamento dati.

Dal punto di vista operativo, il PUA:

- . opera come équipe funzionale, in modo interattivo sia al proprio interno che all'esterno;
- . riceve quotidianamente le richieste di intervento;
- . effettua, il più celermente possibile e comunque entro i tempi massimi definiti dalla normativa vigente, il primo inquadramento di ogni nuova situazione, di norma attraverso accesso domiciliare e attiva conseguentemente il piano globale di intervento;
- . utilizza le modalità più semplici e rapide per attivare i servizi necessari garantendo comunque l'approccio multidimensionale e i livelli qualitativi previsti;
- . promuove l'autonomia e la responsabilizzazione dell'assistito e della sua famiglia evitando per quanto possibile interventi sostitutivi;
- . si relaziona direttamente con gli operatori/Enti che sono stati attivati sul singolo caso e, con gli stessi, effettua rivalutazioni in itinere della situazione, riaggiornando congiuntamente il Piano di intervento secondo necessità.

ART. 9 STRUMENTI INFORMATIVI

Gli strumenti informativi supportano l'utilizzo di scale di valutazione multidimensionale specifiche, in base alla problematica riscontrata.

ART. 10 FORMAZIONE CONTINUA

L'ASST di Mantova promuove percorsi di formazione rivolti agli operatori del PUA, anche d'intesa con l'Ambito Territoriale di riferimento, per sviluppare competenze specifiche e migliorare l'integrazione tra le diverse professionalità.

Le iniziative potranno essere organizzate singolarmente o congiuntamente dai partner del presente Protocollo.

ART. 11 COPERTURA ASSICURATIVA

L'ASST di Mantova e il Consorzio / Comune / Servizio, in qualità di datori di lavoro, sono tenuti a garantire la copertura assicurativa del proprio personale, secondo le norme vigenti, a qualsiasi titolo e ovunque svolga l'attività oggetto del presente accordo.

Per quanto riguarda le procedure e modalità autorizzative per l'utilizzo automezzi, rimborsi spese, trattamento di missione, consumo pasti ecc., ciascun operatore si atterrà alla regolamentazione vigente nell'Ente di appartenenza.

ART. 12 DECORRENZA E DURATA DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa esplica i suoi effetti a far data dalla sottoscrizione e sino al 31/12/2026.

Qualora si rendessero necessarie modifiche sostanziali all'intesa, le parti avranno cura di rinegoziare i contenuti e di adottare un nuovo Protocollo da sottoporre ad approvazione con atto deliberativo.

L'intesa può essere revocata, su iniziativa di ciascuna delle parti, con preavviso di almeno 60 giorni. La comunicazione di revoca dovrà essere esplicitata per iscritto e motivata.

Mantova,

Letto, confermato e sottoscritto

Il Legale Rappresentante
Consorzio Progetto Solidarietà
Dr. Andrea Caprini

Il Direttore Generale
ASST di Mantova
Dr.ssa Mara Azzi

PROTOCOLLO D'INTESA

tra l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Mantova
e l'Ambito Territoriale di Ostiglia
per il funzionamento del Punto Unico di Accesso (PUA)

Premesso

- che il D.M. 77/2022 assegna alla "Casa di Comunità" (sia "Hub" che "Spoke") il compito di promuovere un modello di intervento integrato e multidisciplinare, quale sede privilegiata di progettazione ed erogazione di interventi sanitari, nonché di fornire la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni svolte dal **Punto Unico di Accesso (PUA)**;
- la Legge n. 234/2021 (Legge di bilancio 2022) ridefinisce ed amplia le funzioni dei **Punti Unici di Accesso (PUA)**, incardinando al loro interno anche l'attività delle **Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM)**, finalizzata alla valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone (art. 1, co. 163);
- che presso i **Punti Unici di Accesso (PUA)** operano pertanto équipe integrate, composte da personale (adeguatamente formato e numericamente sufficiente) appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), che assicurano la funzionalità delle **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, anche al fine di delineare il carico assistenziale e consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non appropriate;

Considerato

- che il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sono tenuti a garantire, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità" (art. 1, co. 163, L. n. 234/2021);
- che gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) si impegnano raggiungere nelle annualità di vigenza **Piano per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024** gli obiettivi di servizio individuati per la progressiva attuazione del LEPS di Processo "Percorso assistenziale integrato" (art. 1, co. 162 e co. 164, L. n. 234/2021);
- che gli **Obiettivi di servizio per i Servizi Sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2022** prevedono la costituzione del sistema unitario dei Punti di Accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario, prevedendo la stipula di Protocolli operativi di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;
- che gli **Obiettivi di servizio per i servizi sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2023** rappresentano

strumenti unitari per la valutazione preliminare, condivisi dall'Ambito Territoriale Sociale e dall'Ambito Territoriale sanitario, prevedendo Accordi di programma di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che gli **Obiettivi di Servizio 2024**, strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario, prevedono la stipula di Protocolli operativi per il funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UMV) comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che nell'ambito del **Piano Nazionale degli interventi sociali 2021-2023** l'implementazione dell'integrazione e collaborazione della parte sociale con quella sanitaria all'interno delle équipe multidisciplinari incardinate nel Punto Unico di Accesso (PUA) viene indicata tra le azioni prioritarie;

Viste:

- la L.R. n. 22/2021 recante "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

- la DGR n° XI/6760/2022 di approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale";

- la L.R. n. 25/2022 ad oggetto "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità";

- la DGR n. XI/6867/2022 "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"

- il DM 29 aprile 2022 di approvazione delle "Linee guida organizzative contenenti il "modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021 - (atto da trasmettere al consiglio regionale)";

- la DGR n. 1158 del 23/10/2023 "Integrazioni al programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2022-2024 - 5^a provvedimento FNA 2022 - esercizio 2023";

RITENUTO di mantenere in capo ai Direttori dei Distretti dell'ASST di Mantova le competenze per il funzionamento dei **Punti Unici di Accesso (PUA)** e al Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità della ASST di Mantova il funzionamento dell'**Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UMV/UMVD)**, così come ridefinito nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, approvato con DGR n. XI/6926 del 12/09/2022 e recepito con Decreto n. 792/2022;

Tutto ciò premesso e considerato,

TRA

l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova – di seguito ASST – in persona del Legale rappresentante, Direttore Generale pro tempore

E

Il Comune di Ostiglia, capofila del piano di Zona dell'Ambito Territoriale di Ostiglia, in persona del Sindaco pro tempore

SI STIPULA

il presente

PROTOCOLLO D'INTESA

per il rinnovo e la disciplina del funzionamento del **Punto Unico di Accesso (PUA)**, per la presa in carico delle persone fragili e delle loro famiglie.

ART. 1

OGGETTO DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa disciplina le modalità di costituzione e funzionamento del **Punto Unico di Accesso** - di seguito **PUA** - per la persona, che si pone naturalmente quale primo luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria del paziente a domicilio, in condizione di stabilità clinica, porta di accesso alla rete dei servizi, delle risorse territoriali e di accoglienza e orientamento tra Comune/Ambito Territoriale Sociale e Distretto dell'ASST.

Il PUA opera in stretto contatto con la Centrale Operativa Territoriale (COT) che assolve prevalentemente al ruolo di raccordo tra servizi nei vari *setting* assistenziali (ad esempio nella fase di ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere e di ricovero intermedio o definitivo).

Il PUA garantisce pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità, garantisce percorsi integrati di presa in carico e accompagnamento delle persone fragili e delle loro famiglie a domicilio, con la funzione di integrare le attività di carattere sociosanitario e sociale con quelle di natura sanitaria, concorrendo alla presa in carico globale della persona per la comunità di riferimento.

Il PUA ha l'obiettivo di superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse unità d'offerta, integrando, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, una pluralità di interventi e prestazioni per le persone fragili, tra loro coordinate, in una logica di continuità assistenziale.

Il PUA garantisce l'accesso ai servizi sociosanitari e sociali alle persone in condizioni di non autosufficienza ed ha sede presso le Case di Comunità della ASST di Mantova.

Inoltre, il PUA:

- è gestito da personale dell'ASST di Mantova dei vari Distretti, insieme agli Ambiti Territoriali;
- si rivolge prioritariamente alle persone in condizioni di fragilità (ad esempio disabili ed anziani non autosufficienti), allo scopo di semplificare ed agevolare l'informazione e l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari;
- garantisce l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari, promuovendo l'integrazione tra attività sanitarie e attività sociosanitarie;
- avvia la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale.

ART. 2

FUNZIONI DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il PUA è il luogo della presa in carico del paziente fragile a domicilio attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno, l'organizzazione dei percorsi per gli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e del monitoraggio dei percorsi.

Le attività del PUA sono pertanto volte a:

- orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse;
- agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
- monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere di situazioni a rischio o allo sviluppo di situazioni problematiche al domicilio;
- garantire la valutazione multidimensionale delle persone fragili, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita;
- segnalare le situazioni connesse con bisogni sociosanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata;
- elaborare, attraverso l'équipe integrata, il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando le risorse formali, informali ed economiche disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA;
- individuare, con l'équipe integrata, l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni;
- monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

ART. 3

Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multidimensionale (UVM/UVMD)

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è assicurata da una **équipe integrata**, composta dall'operatore sociale dell'ambito territoriale e dagli operatori identificati dell'ASST all'interno del Distretto. La valutazione viene attuata attraverso un processo condiviso e unitario, preferibilmente in compresenza. Le valutazioni possono essere effettuate presso il domicilio del paziente o nel luogo più prossimo al malato o alla famiglia, attraverso accessi programmati. L'attivazione avviene su richiesta del paziente o della famiglia o su segnalazione della Centrale Operativa Territoriale (COT), del Medico di Medicina Generale (MMG), del Medico Specialista, del servizio sociale comunale o altro.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. L'équipe integrata assicura le funzionalità del PUA, delle Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UVM/UVMD) e definisce il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Il PUA esercita le sue funzioni nei confronti dei cittadini residenti in Provincia di Mantova, ricompresi nel target di cui al successivo art. 5.

ART. 4

COMPOSIZIONE E ARTICOLAZIONE TERRITORIALE

Le sedi operative dei PUA sono collocate nelle "Case di Comunità" di Asola, Castiglione delle Stiviere, Goito, Mantova, Quistello, Suzzara, Viadana e Bozzolo.

L'ASST garantisce uno spazio idoneo agli operatori dei Comuni per le attività con l'utenza.

Il responsabile dell'équipe di valutazione multidimensionale a livello aziendale è il Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità dell'ASST di Mantova.

I PUA hanno sede operativa presso le "Case di Comunità" dei distretti della ASST di Mantova.

ART. 5

DESTINATARI

Il PUA si rivolge a tutti i cittadini del territorio che necessitano di servizi a domicilio e/o di orientamento all'accesso alla rete d'offerta sociale, sociosanitaria e sanitaria. In particolare, si rivolge alle famiglie con persone anziane e disabili, adulti e minori, in condizioni di non autosufficienza, a pazienti fragili con bisogni complessi siano essi provenienti dal proprio domicilio, da strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie o su segnalazione della competente Centrale Operativa Territoriale (COT).

ART. 6

RISORSE UMANE

L'équipe multidisciplinare del PUA è costituita, di norma, da un dirigente medico, da uno psicologo della "Casa di Comunità", da un'assistente sociale, e da un infermiere afferenti alla ASST di Mantova ed è integrata da personale dei Comuni con la qualifica di assistente sociale, indicato dall'Ambito Territoriale di riferimento.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di **tutte le professionalità necessarie** per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. Per la valutazione dei casi complessi verranno attivati dalla ASST i servizi specialistici necessari alla gestione del caso.

L'attuazione della UVM/UVMD da parte della ASST di Mantova sarà perseguita in una logica di progressiva implementazione, tenuto conto della gradualità necessaria sotto il profilo organizzativo.

L'équipe di valutazione multidimensionale si riunisce, con cadenza almeno mensile, per la discussione dei nuovi casi complessi o il monitoraggio dei pazienti già in carico.

Per i casi complessi la normale composizione di cui al primo capoverso può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali afferenti ai servizi o alle unità operative territoriali.

ART. 7

RACCORDO CON I MMG/PLS

Condizione indispensabile per la gestione domiciliare del paziente è il coinvolgimento, in qualità di responsabile clinico al domicilio del proprio assistito, del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Famiglia (PDF) curanti in tutte le fasi dell'assistenza.

Gli operatori dell'ASST e dell'Ambito Territoriale si impegnano proattivamente a coinvolgere il MMG o il PDF per la condivisione della presa in carico del paziente.

ART. 8

ATTIVITA' E MODALITA' OPERATIVE DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO

Gli interventi e i percorsi della rete di offerta socio-sanitaria territoriale attivabili tramite il PUA sono quelli definiti all'interno del Distretto e descritti nei PDTA (Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale) e nelle Regole di Distretto. I PDTA potranno essere integrati, implementati o modificati a seguito di sopravvenuta normativa di settore.

Qualora se ne ravvisi la necessità e/o su richiesta del Direttore di Ambito Territoriale, il Direttore di Distretto proporrà l'attivazione di gruppi di miglioramento composti da professionisti di ASST e di Ambito, per definire procedure ad alta integrazione.

Il Direttore del Distretto ed il responsabile dell'Ambito Territoriale si incontrano semestralmente per confrontarsi circa il funzionamento del PUA.

Allo stato attuale, il PUA gestisce le seguenti attività:

Ricezione della richiesta di accesso ad uno dei servizi della rete.

La richiesta può essere formulata dall'utente o da un suo familiare, dal MMG/PLS, dalla COT, dal Servizio Sociale comunale/d'Ambito, da organizzazioni di volontariato.

Analisi del bisogno.

Gli operatori del PUA, successivamente all'accoglienza, effettuano una prima analisi del bisogno anche attraverso strumenti di rapida applicazione.

Nel caso venga rilevato un bisogno di semplice gestione, la persona viene accompagnata e guidata nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (ad es. ADI, SAD, ecc.).

Nel caso venga rilevato un bisogno di complessa gestione, la persona viene rimandata ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale che può coinvolgere, oltre agli operatori del PUA, attori diversi da individuarsi in base ai bisogni manifestati.

Valutazione multidisciplinare/multidimensionale e pianificazione degli interventi.

La valutazione multidisciplinare e/o multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con fragilità/disabilità, identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale.

Tale valutazione si articola in due fasi:

- a) La rilevazione diretta nei confronti dell'assistito e della sua famiglia, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidisciplinare/multidimensionale distrettuale (UVM/UVMD o équipe integrata) formalmente riunita.

Il Piano Assistenziale Individuale (**PAI**) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo di presa in carico. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato o suo delegato o amministratore di sostegno, è predisposto dall'UVM/UVMD distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale.

IL PAI contiene l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La progettazione individuale, condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate e la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

Attivazione dei percorsi.

La valutazione multidisciplinare/multidimensionale consente di disporre degli elementi per individuare i problemi, definire gli obiettivi dell'assistenza e proporre un piano di intervento composto da servizi appropriati per tipologia, livello e tempi di intervento.

La proposta è illustrata all'interessato e/o ai suoi familiari, ai fini dell'orientamento nella rete dei servizi presenti sul territorio. Seguono quindi l'individuazione del case manager, all'interno del PUA o del Servizio Specialistico della rete territoriale che prende in carico il caso e l'avvio degli interventi previsti dal Piano, secondo la competenza e nel rispetto di tempi definiti.

verifica periodica e finale.

In corso di realizzazione del Piano di intervento vengono effettuate le rivalutazioni necessarie, finalizzate alla verifica dell'appropriatezza degli interventi (erogazione dell'assistenza e sua appropriatezza anche con riferimento a linee guida e protocolli), degli obiettivi e dei risultati raggiunti, del gradimento dell'assistenza ricevuta da parte dell'utenza.

In relazione a singoli problemi e/o singoli obiettivi possono essere previste specifiche verifiche.

inserimento/aggiornamento dati.

Dal punto di vista operativo, il PUA:

- . opera come équipe funzionale, in modo interattivo sia al proprio interno che all'esterno;
- . riceve quotidianamente le richieste di intervento;
- . effettua, il più celermente possibile e comunque entro i tempi massimi definiti dalla normativa vigente, il primo inquadramento di ogni nuova situazione, di norma attraverso accesso domiciliare e attiva conseguentemente il piano globale di intervento;
- . utilizza le modalità più semplici e rapide per attivare i servizi necessari garantendo comunque l'approccio multidimensionale e i livelli qualitativi previsti;
- . promuove l'autonomia e la responsabilizzazione dell'assistito e della sua famiglia evitando per quanto possibile interventi sostitutivi;
- . si relaziona direttamente con gli operatori/Enti che sono stati attivati sul singolo caso e, con gli stessi, effettua rivalutazioni in itinere della situazione, riaggiornando congiuntamente il Piano di intervento secondo necessità.

ART. 9

STRUMENTI INFORMATIVI

Gli strumenti informativi supportano l'utilizzo di scale di valutazione multidimensionale specifiche, in base alla problematica riscontrata.

ART. 10 FORMAZIONE CONTINUA

L'ASST di Mantova promuove percorsi di formazione rivolti agli operatori del PUA, anche d'intesa con l'Ambito Territoriale di riferimento, per sviluppare competenze specifiche e migliorare l'integrazione tra le diverse professionalità.

Le iniziative potranno essere organizzate singolarmente o congiuntamente dai partner del presente Protocollo.

ART. 11 COPERTURA ASSICURATIVA

L'ASST di Mantova e il Consorzio / Comune / Servizio, in qualità di datori di lavoro, sono tenuti a garantire la copertura assicurativa del proprio personale, secondo le norme vigenti, a qualsiasi titolo e ovunque svolga l'attività oggetto del presente accordo.

Per quanto riguarda le procedure e modalità autorizzative per l'utilizzo automezzi, rimborsi spese, trattamento di missione, consumo pasti ecc., ciascun operatore si atterrà alla regolamentazione vigente nell'Ente di appartenenza.

ART. 12 DECORRENZA E DURATA DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa esplica i suoi effetti a far data dalla sottoscrizione e sino al 31/12/2026.

Qualora si rendessero necessarie modifiche sostanziali all'intesa, le parti avranno cura di rinegoziare i contenuti e di adottare un nuovo Protocollo da sottoporre ad approvazione con atto deliberativo.

L'intesa può essere revocata, su iniziativa di ciascuna delle parti, con preavviso di almeno 60 giorni. La comunicazione di revoca dovrà essere esplicitata per iscritto e motivata.

Mantova,

Letto, confermato e sottoscritto

Il Sindaco
del Comune di Ostiglia
Dr. Valerio Primavori

Il Direttore Generale
ASST di Mantova
Dr.ssa Mara Azzi

PROTOCOLLO D'INTESA

tra l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Mantova
e l'Ambito Territoriale di Suzzara
per il funzionamento del Punto Unico di Accesso (PUA)

Premesso

- che il D.M. 77/2022 assegna alla "Casa di Comunità" (sia "Hub" che "Spoke") il compito di promuovere un modello di intervento integrato e multidisciplinare, quale sede privilegiata di progettazione ed erogazione di interventi sanitari, nonché di fornire la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni svolte dal **Punto Unico di Accesso (PUA)**;
- la Legge n. 234/2021 (Legge di bilancio 2022) ridefinisce ed amplia le funzioni dei **Punti Unici di Accesso (PUA)**, incardinando al loro interno anche l'attività delle **Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM)**, finalizzata alla valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone (art. 1, co. 163);
- che presso i **Punti Unici di Accesso (PUA)** operano pertanto équipe integrate, composte da personale (adeguatamente formato e numericamente sufficiente) appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), che assicurano la funzionalità delle **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, anche al fine di delineare il carico assistenziale e consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non appropriate;

Considerato

- che il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sono tenuti a garantire, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità" (art. 1, co. 163, L. n. 234/2021);
- che gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) si impegnano raggiungere nelle annualità di vigenza **Piano per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024** gli obiettivi di servizio individuati per la progressiva attuazione del LEPS di Processo "Percorso assistenziale integrato" (art. 1, co. 162 e co. 164, L. n. 234/2021);
- che gli **Obiettivi di servizio per i Servizi Sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2022** prevedono la costituzione del sistema unitario dei Punti di Accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario, prevedendo la stipula di Protocolli operativi di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;
- che gli **Obiettivi di servizio per i servizi sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2023** rappresentano

strumenti unitari per la valutazione preliminare, condivisi dall'Ambito Territoriale Sociale e dall'Ambito Territoriale sanitario, prevedendo Accordi di programma di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che gli **Obiettivi di Servizio 2024**, strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario, prevedono la stipula di Protocolli operativi per il funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UMV) comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che nell'ambito del **Piano Nazionale degli interventi sociali 2021-2023** l'implementazione dell'integrazione e collaborazione della parte sociale con quella sanitaria all'interno delle équipe multidisciplinari incardinate nel Punto Unico di Accesso (PUA) viene indicata tra le azioni prioritarie;

Viste:

- la L.R. n. 22/2021 recante "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

- la DGR n° XI/6760/2022 di approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale";

- la L.R. n. 25/2022 ad oggetto "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità";

- la DGR n. XI/6867/2022 "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"

- il DM 29 aprile 2022 di approvazione delle "Linee guida organizzative contenenti il "modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021 - (atto da trasmettere al consiglio regionale)";

- la DGR n. 1158 del 23/10/2023 "Integrazioni al programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2022-2024 - 5^ provvedimento FNA 2022 - esercizio 2023";

RITENUTO di mantenere in capo ai Direttori dei Distretti dell'ASST di Mantova le competenze per il funzionamento dei **Punti Unici di Accesso (PUA)** e al Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità della ASST di Mantova il funzionamento dell'**Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UMV/UMVD)**, così come ridefinito nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, approvato con DGR n. XI/6926 del 12/09/2022 e recepito con Decreto n. 792/2022;

Tutto ciò premesso e considerato,

TRA

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova – di seguito ASST – in persona del Legale rappresentante, Direttore Generale pro tempore

E

L'Azienda Servizi alla persona del territorio suzzarese – Socialis -, capofila del Piano di Zona dell'Ambito Territoriale di Suzzara, nella persona del Legale Rappresentante, Direttore Generale – Maria Elena Margonari;

SI STIPULA

il presente

PROTOCOLLO D'INTESA

per il rinnovo e la disciplina del funzionamento del **Punto Unico di Accesso (PUA)**, per la presa in carico delle persone fragili e delle loro famiglie.

ART. 1

OGGETTO DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa disciplina le modalità di costituzione e funzionamento del **Punto Unico di Accesso** - di seguito **PUA** - per la persona, che si pone naturalmente quale primo luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria del paziente a domicilio, in condizione di stabilità clinica, porta di accesso alla rete dei servizi, delle risorse territoriali e di accoglienza e orientamento tra Comune/Ambito Territoriale Sociale e Distretto dell'ASST.

Il PUA opera in stretto contatto con la Centrale Operativa Territoriale (COT) che assolve prevalentemente al ruolo di raccordo tra servizi nei vari *setting* assistenziali (ad esempio nella fase di ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere e di ricovero intermedio o definitivo).

Il PUA garantisce pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità, garantisce percorsi integrati di presa in carico e accompagnamento delle persone fragili e delle loro famiglie a domicilio, con la funzione di integrare le attività di carattere sociosanitario e sociale con quelle di natura sanitaria, concorrendo alla presa in carico globale della persona per la comunità di riferimento.

Il PUA ha l'obiettivo di superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse unità d'offerta, integrando, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, una pluralità di interventi e prestazioni per le persone fragili, tra loro coordinate, in una logica di continuità assistenziale.

Il PUA garantisce l'accesso ai servizi sociosanitari e sociali alle persone in condizioni di non autosufficienza ed ha sede presso le Case di Comunità della ASST di Mantova.

Inoltre, il PUA:

- è gestito da personale dell'ASST di Mantova dei vari Distretti, insieme agli Ambiti Territoriali;
- si rivolge prioritariamente alle persone in condizioni di fragilità (ad esempio disabili ed anziani non autosufficienti), allo scopo di semplificare ed agevolare l'informazione e l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari;
- garantisce l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari, promuovendo l'integrazione tra attività sanitarie e attività sociosanitarie;

- avvia la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale.

ART. 2

FUNZIONI DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il PUA è il luogo della presa in carico del paziente fragile a domicilio attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno, l'organizzazione dei percorsi per gli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e del monitoraggio dei percorsi.

Le attività del PUA sono pertanto volte a:

- orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse;
- agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
- monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere di situazioni a rischio o allo sviluppo di situazioni problematiche al domicilio;
- garantire la valutazione multidimensionale delle persone fragili, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita;
- segnalare le situazioni connesse con bisogni sociosanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata;
- elaborare, attraverso l'équipe integrata, il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando le risorse formali, informali ed economiche disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA;
- individuare, con l'équipe integrata, l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni;
- monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

ART. 3

Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multidimensionale (UVM/UVMD)

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è assicurata da una **équipe integrata**, composta dall'operatore sociale dell'ambito territoriale e dagli operatori identificati dell'ASST all'interno del Distretto. La valutazione viene attuata attraverso un processo condiviso e unitario, non necessariamente in compresenza. Le valutazioni possono essere effettuate presso il domicilio del paziente o nel luogo più prossimo al malato o alla famiglia, attraverso accessi programmati. L'attivazione avviene su richiesta del paziente o della famiglia o su segnalazione della Centrale Operativa Territoriale (COT), del Medico di Medicina Generale (MMG), del Medico Specialista o altro.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. L'équipe integrata assicura le funzionalità del PUA, delle Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UVM/UVMD) e definisce il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Il PUA esercita le sue funzioni nei confronti dei cittadini residenti in Provincia di Mantova, ricompresi nel target di cui al successivo art. 5.

ART. 4

COMPOSIZIONE E ARTICOLAZIONE TERRITORIALE

Le sedi operative dei PUA sono collocate nelle "Case di Comunità" di Asola, Castiglione delle Stiviere, Goito, Mantova, Quistello, Suzzara, Viadana e Bozzolo.

L'ASST garantisce uno spazio idoneo agli operatori dei Comuni per le attività con l'utenza.

Il responsabile dell'équipe di valutazione multidimensionale a livello aziendale è il Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità dell'ASST di Mantova.

I PUA hanno sede operativa presso le "Case di Comunità" dei distretti della ASST di Mantova.

ART. 5

DESTINATARI

Il PUA si rivolge a tutti i cittadini del territorio che necessitano di servizi a domicilio e/o di orientamento all'accesso alla rete d'offerta sociale, sociosanitaria e sanitaria. In particolare, si rivolge alle famiglie con persone anziane e disabili, adulti e minori, in condizioni di non autosufficienza, a pazienti fragili con bisogni complessi siano essi provenienti dal proprio domicilio, da strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie o su segnalazione della competente Centrale Operativa Territoriale (COT).

ART. 6

RISORSE UMANE

L'équipe multidisciplinare del PUA è costituita, di norma, da un dirigente medico, da uno psicologo della "Casa di Comunità", da un'assistente sociale, e da un infermiere afferenti alla ASST di Mantova ed è integrata da personale dei Comuni con la qualifica di assistente sociale, indicato dall'Ambito Territoriale di riferimento.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di **tutte le professionalità necessarie** per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. Per la valutazione dei casi complessi verranno attivati dalla ASST i servizi specialistici necessari alla gestione del caso.

L'attuazione della UVM/UVMD da parte della ASST di Mantova sarà perseguita in una logica di progressiva implementazione, tenuto conto della gradualità necessaria sotto il profilo organizzativo.

L'équipe di valutazione multidimensionale si riunisce, con cadenza almeno mensile, per la discussione dei nuovi casi complessi o il monitoraggio dei pazienti già in carico.

Per i casi complessi la normale composizione di cui al primo capoverso può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali afferenti ai servizi o alle unità operative territoriali.

ART. 7

RACCORDO CON I MMG/PLS

Condizione indispensabile per la gestione domiciliare del paziente è il coinvolgimento, in qualità di responsabile clinico al domicilio del proprio assistito, del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Famiglia (PDF) curanti in tutte le fasi dell'assistenza. Gli operatori dell'ASST e dell'Ambito Territoriale si impegnano proattivamente a coinvolgere il MMG o il PDF per la condivisione della presa in carico del paziente.

ART. 8

ATTIVITA' E MODALITA' OPERATIVE DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO

Gli interventi e i percorsi della rete di offerta socio-sanitaria territoriale attivabili tramite il PUA sono quelli definiti all'interno del Distretto e descritti nei PDTA (Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale) e nelle Regole di Distretto. I PDTA potranno essere integrati, implementati o modificati a seguito di sopravvenuta normativa di settore.

Qualora se ne ravvisi la necessità e/o su richiesta del Direttore di Ambito Territoriale, il Direttore di Distretto proporrà l'attivazione di gruppi di miglioramento composti da professionisti di ASST e di Ambito, per definire procedure ad alta integrazione.

Il Direttore del Distretto ed il responsabile dell'Ambito Territoriale si incontrano semestralmente per confrontarsi circa il funzionamento del PUA.

Allo stato attuale, il PUA gestisce le seguenti attività:

Ricezione della richiesta di accesso ad uno dei servizi della rete.

La richiesta può essere formulata dall'utente o da un suo familiare, dal MMG/PLS, dalla COT, dal Servizio Sociale comunale/d'Ambito, da organizzazioni di volontariato.

Analisi del bisogno.

Gli operatori del PUA, successivamente all'accoglienza, effettuano una prima analisi del bisogno anche attraverso strumenti di rapida applicazione.

Nel caso venga rilevato un bisogno di semplice gestione, la persona viene accompagnata e guidata nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (ad es. ADI, SAD, ecc.).

Nel caso venga rilevato un bisogno di complessa gestione, la persona viene rimandata ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale che può coinvolgere, oltre agli operatori del PUA, attori diversi da individuarsi in base ai bisogni manifestati.

Valutazione multidisciplinare/multidimensionale e pianificazione degli interventi.

La valutazione multidisciplinare e/o multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con fragilità/disabilità, identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale.

Tale valutazione si articola in due fasi:

- a) La rilevazione diretta nei confronti dell'assistito e della sua famiglia, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidisciplinare/multidimensionale distrettuale (UVM/UVMD o équipe integrata) formalmente riunita.

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo di presa in carico. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge

328/00 su istanza dell'interessato o suo delegato o amministratore di sostegno, è predisposto dall'UVM/UVMD distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale.

IL PAI contiene l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

La progettazione individuale, condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate e la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

Attivazione dei percorsi.

La valutazione multidisciplinare/multidimensionale consente di disporre degli elementi per individuare i problemi, definire gli obiettivi dell'assistenza e proporre un piano di intervento composto da servizi appropriati per tipologia, livello e tempi di intervento.

La proposta è illustrata all'interessato e/o ai suoi familiari, ai fini dell'orientamento nella rete dei servizi presenti sul territorio. Seguono quindi l'individuazione del case manager, all'interno del PUA o del Servizio Specialistico della rete territoriale che prende in carico il caso e l'avvio degli interventi previsti dal Piano, secondo la competenza e nel rispetto di tempi definiti.

verifica periodica e finale.

In corso di realizzazione del Piano di intervento vengono effettuate le rivalutazioni necessarie, finalizzate alla verifica dell'appropriatezza degli interventi (erogazione dell'assistenza e sua appropriatezza anche con riferimento a linee guida e protocolli), degli obiettivi e dei risultati raggiunti, del gradimento dell'assistenza ricevuta da parte dell'utenza.

In relazione a singoli problemi e/o singoli obiettivi possono essere previste specifiche verifiche.

inserimento/aggiornamento dati.

Dal punto di vista operativo, il PUA:

- . opera come équipe funzionale, in modo interattivo sia al proprio interno che all'esterno;
- . riceve quotidianamente le richieste di intervento;
- . effettua, il più celermente possibile e comunque entro i tempi massimi definiti dalla normativa vigente, il primo inquadramento di ogni nuova situazione, di norma attraverso accesso domiciliare e attiva conseguentemente il piano globale di intervento;
- . utilizza le modalità più semplici e rapide per attivare i servizi necessari garantendo comunque l'approccio multidimensionale e i livelli qualitativi previsti;
- . promuove l'autonomia e la responsabilizzazione dell'assistito e della sua famiglia evitando per quanto possibile interventi sostitutivi;
- . si relaziona direttamente con gli operatori/Enti che sono stati attivati sul singolo caso e, con gli stessi, effettua rivalutazioni in itinere della situazione, riaggiornando congiuntamente il Piano di intervento secondo necessità.

ART. 9
STRUMENTI INFORMATIVI

Gli strumenti informativi supportano l'utilizzo di scale di valutazione multidimensionale specifiche, in base alla problematica riscontrata.

ART. 10
FORMAZIONE CONTINUA

L'ASST di Mantova promuove percorsi di formazione rivolti agli operatori del PUA, anche d'intesa con l'Ambito Territoriale di riferimento, per sviluppare competenze specifiche e migliorare l'integrazione tra le diverse professionalità.

Le iniziative potranno essere organizzate singolarmente o congiuntamente dai partner del presente Protocollo.

ART. 11
COPERTURA ASSICURATIVA

L'ASST di Mantova e il Consorzio / Comune / Servizio, in qualità di datori di lavoro, sono tenuti a garantire la copertura assicurativa del proprio personale, secondo le norme vigenti, a qualsiasi titolo e ovunque svolga l'attività oggetto del presente accordo.

Per quanto riguarda le procedure e modalità autorizzative per l'utilizzo automezzi, rimborsi spese, trattamento di missione, consumo pasti ecc., ciascun operatore si atterrà alla regolamentazione vigente nell'Ente di appartenenza.

ART. 12
DECORRENZA E DURATA DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa esplica i suoi effetti a far data dalla sottoscrizione e sino al 31/12/2026.

Qualora si rendessero necessarie modifiche sostanziali all'intesa, le parti avranno cura di rinegoziare i contenuti e di adottare un nuovo Protocollo da sottoporre ad approvazione con atto deliberativo.

L'intesa può essere revocata, su iniziativa di ciascuna delle parti, con preavviso di almeno 60 giorni. La comunicazione di revoca dovrà essere esplicitata per iscritto e motivata.

Suzzara, lì 07/12/2023

Letto, confermato e sottoscritto

Il Direttore Generale
Azienda Socialis
Dr.ssa Maria Elena Margonari

Il Direttore Generale pro tempore
ASST di Mantova
Dr.ssa Mara Azzi

PROTOCOLLO D'INTESA

tra l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) di Mantova
e l'Azienda Speciale Consortile Oglio Po
per il funzionamento del Punto Unico di Accesso (PUA)

Premesso

- che il D.M. 77/2022 assegna alla "Casa di Comunità" (sia "Hub" che "Spoke") il compito di promuovere un modello di intervento integrato e multidisciplinare, quale sede privilegiata di progettazione ed erogazione di interventi sanitari, nonché di fornire la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni svolte dal **Punto Unico di Accesso (PUA)**;
- la Legge n. 234/2021 (Legge di bilancio 2022) ridefinisce ed amplia le funzioni dei **Punti Unici di Accesso (PUA)**, incardinando al loro interno anche l'attività delle **Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM)**, finalizzata alla valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone (art. 1, co. 163);
- che presso i **Punti Unici di Accesso (PUA)** operano pertanto équipe integrate, composte da personale (adeguatamente formato e numericamente sufficiente) appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti Territoriali Sociali (ATS), che assicurano la funzionalità delle **Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**, anche al fine di delineare il carico assistenziale e consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non appropriate;

Considerato

- che il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) sono tenuti a garantire, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso Punti Unici di Accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità" (art. 1, co. 163, L. n. 234/2021);
- che gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) si impegnano raggiungere nelle annualità di vigenza **Piano per la non autosufficienza (PNNA) 2022-2024** gli obiettivi di servizio individuati per la progressiva attuazione del LEPS di Processo "Percorso assistenziale integrato" (art. 1, co. 162 e co. 164, L. n. 234/2021);
- che gli **Obiettivi di servizio per i Servizi Sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2022** prevedono la costituzione del sistema unitario dei Punti di Accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario, prevedendo la stipula di Protocolli operativi di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;
- che gli **Obiettivi di servizio per i servizi sociali** e le modalità di monitoraggio e di rendicontazione delle risorse aggiuntive per i **Comuni delle RSO - Anno 2023** rappresentano

strumenti unitari per la valutazione preliminare, condivisi dall'Ambito Territoriale Sociale e dall'Ambito Territoriale sanitario, prevedendo Accordi di programma di funzionamento dell'équipe Integrata comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che gli **Obiettivi di Servizio 2024**, strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario, prevedono la stipula di Protocolli operativi per il funzionamento dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UMV) comuni all'Ambito Territoriale Sociale e all'Ambito Territoriale sanitario;

- che nell'ambito del **Piano Nazionale degli interventi sociali 2021-2023** l'implementazione dell'integrazione e collaborazione della parte sociale con quella sanitaria all'interno delle équipe multidisciplinari incardinate nel Punto Unico di Accesso (PUA) viene indicata tra le azioni prioritarie;

Viste:

- la L.R. n. 22/2021 recante "Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)";

- la DGR n° XI/6760/2022 di approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale";

- la L.R. n. 25/2022 ad oggetto "Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità";

- la DGR n. XI/6867/2022 "Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'ADI, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del PNRR, dal DM 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale"

- il DM 29 aprile 2022 di approvazione delle "Linee guida organizzative contenenti il "modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con L.R. 22/2021 - (atto da trasmettere al consiglio regionale)";

- la DGR n. 1158 del 23/10/2023 "Integrazioni al programma operativo regionale a favore di persone con gravissima disabilità e in condizione di non autosufficienza di cui al fondo per le non autosufficienze triennio 2022-2024 - 5^ provvedimento FNA 2022 - esercizio 2023";

RITENUTO di mantenere in capo ai Direttori dei Distretti dell'ASST di Mantova le competenze per il funzionamento dei **Punti Unici di Accesso (PUA)** e al Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità della ASST di Mantova il funzionamento dell'**Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UMV/UMVD)**, così come ridefinito nel Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS) 2022-2024, approvato con DGR n. XI/6926 del 12/09/2022 e recepito con Decreto n. 792/2022;

Tutto ciò premesso e considerato,

TRA

l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova – di seguito ASST – in persona del Legale rappresentante, Direttore Generale pro tempore

E

L'azienda Speciale Consortile Oglio Po, ente strumentale dei dieci comuni del territorio viadanese, in persona del legale rappresentante pro tempore

SI STIPULA

il presente

PROTOCOLLO D'INTESA

per il rinnovo e la disciplina del funzionamento del **Punto Unico di Accesso (PUA)**, per la presa in carico delle persone fragili e delle loro famiglie.

ART. 1

OGGETTO DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa disciplina le modalità di costituzione e funzionamento del **Punto Unico di Accesso** - di seguito **PUA** - per la persona, che si pone naturalmente quale primo luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria del paziente a domicilio, in condizione di stabilità clinica, porta di accesso alla rete dei servizi, delle risorse territoriali e di accoglienza e orientamento tra Comune/Ambito Territoriale Sociale e Distretto dell'ASST.

Il PUA opera in stretto contatto con la Centrale Operativa Territoriale (COT) che assolve prevalentemente al ruolo di raccordo tra servizi nei vari *setting* assistenziali (ad esempio nella fase di ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere e di ricovero intermedio o definitivo).

Il PUA garantisce pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità, garantisce percorsi integrati di presa in carico e accompagnamento delle persone fragili e delle loro famiglie a domicilio, con la funzione di integrare le attività di carattere sociosanitario e sociale con quelle di natura sanitaria, concorrendo alla presa in carico globale della persona per la comunità di riferimento.

Il PUA ha l'obiettivo di superare la frammentazione settoriale delle risposte date dalle diverse unità d'offerta, integrando, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno, una pluralità di interventi e prestazioni per le persone fragili, tra loro coordinate, in una logica di continuità assistenziale.

Il PUA garantisce l'accesso ai servizi sociosanitari e sociali alle persone in condizioni di non autosufficienza ed ha sede presso le Case di Comunità della ASST di Mantova.

Inoltre, il PUA:

- è gestito da personale dell'ASST di Mantova dei vari Distretti, insieme agli Ambiti Territoriali;
- si rivolge prioritariamente alle persone in condizioni di fragilità (ad esempio disabili ed anziani non autosufficienti), allo scopo di semplificare ed agevolare l'informazione e l'accesso ai servizi sociali e socio sanitari;
- garantisce l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari, promuovendo l'integrazione tra attività sanitarie e attività sociosanitarie;
- avvia la presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la sua valutazione multidimensionale.

ART. 2

FUNZIONI DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il PUA è il luogo della presa in carico del paziente fragile a domicilio attraverso una valutazione multidimensionale del bisogno, l'organizzazione dei percorsi per gli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e del monitoraggio dei percorsi.

Le attività del PUA sono pertanto volte a:

- orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse;
- agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;
- monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere di situazioni a rischio o allo sviluppo di situazioni problematiche al domicilio;
- garantire la valutazione multidimensionale delle persone fragili, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita;
- segnalare le situazioni connesse con bisogni sociosanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata;
- elaborare, attraverso l'équipe integrata, il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando le risorse formali, informali ed economiche disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA;
- individuare, con l'équipe integrata, l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni;
- monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

ART. 3

Unità di Valutazione Multidisciplinare e Multidimensionale (UVM/UVMD)

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare è assicurata da una **équipe integrata**, composta dall'operatore sociale dell'ambito territoriale e dagli operatori identificati dell'ASST all'interno del Distretto. La valutazione viene attuata attraverso un processo condiviso e unitario, preferibilmente in compresenza. Le valutazioni possono essere effettuate presso il domicilio del paziente o nel luogo più prossimo al malato o alla famiglia, attraverso accessi programmati. L'attivazione avviene su richiesta del paziente o della famiglia o su segnalazione della Centrale Operativa Territoriale (COT), del Medico di Medicina Generale (MMG), del Medico Specialista, del servizio comunale o altro.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. L'équipe integrata assicura le funzionalità del PUA, delle Unità di Valutazione Multidisciplinare/Multidimensionale (UVM/UVMD) e definisce il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Il PUA esercita le sue funzioni nei confronti dei cittadini residenti in Provincia di Mantova, ricompresi nel target di cui al successivo art. 5.

ART. 4

COMPOSIZIONE E ARTICOLAZIONE TERRITORIALE

Le sedi operative dei PUA sono collocate nelle "Case di Comunità" di Asola, Castiglione delle Stiviere, Goito, Mantova, Quistello, Suzzara, Viadana e Bozzolo.

L'ASST garantisce uno spazio idoneo agli operatori dei Comuni per le attività con l'utenza.

Il responsabile dell'équipe di valutazione multidimensionale a livello aziendale è il Responsabile della Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità dell'ASST di Mantova.

I PUA hanno sede operativa presso le "Case di Comunità" dei distretti della ASST di Mantova.

ART. 5

DESTINATARI

Il PUA si rivolge a tutti i cittadini del territorio che necessitano di servizi a domicilio e/o di orientamento all'accesso alla rete d'offerta sociale, sociosanitaria e sanitaria. In particolare, si rivolge alle famiglie con persone anziane e disabili, adulti e minori, in condizioni di non autosufficienza, a pazienti fragili con bisogni complessi siano essi provenienti dal proprio domicilio, da strutture residenziali sociosanitarie e sanitarie o su segnalazione della competente Centrale Operativa Territoriale (COT).

ART. 6

RISORSE UMANE

L'équipe multidisciplinare del PUA è costituita, di norma, da un dirigente medico, da uno psicologo della "Casa di Comunità", da un'assistente sociale, e da un infermiere afferenti alla ASST di Mantova ed è integrata da personale dei Comuni con la qualifica di assistente sociale, indicato dall'Ambito Territoriale di riferimento.

L'équipe ha una composizione **flessibile e modulabile** e garantisce l'apporto di **tutte le professionalità necessarie** per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. Per la valutazione dei casi complessi verranno attivati dalla ASST i servizi specialistici necessari alla gestione del caso.

L'attuazione della UVM/UVMD da parte della ASST di Mantova sarà perseguita in una logica di progressiva implementazione, tenuto conto della gradualità necessaria sotto il profilo organizzativo.

L'équipe di valutazione multidimensionale si riunisce, con cadenza almeno mensile, per la discussione dei nuovi casi complessi o il monitoraggio dei pazienti già in carico.

Per i casi complessi la normale composizione di cui al primo capoverso può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali afferenti ai servizi o alle unità operative territoriali.

ART. 7

RACCORDO CON I MMG/PLS

Condizione indispensabile per la gestione domiciliare del paziente è il coinvolgimento, in qualità di responsabile clinico al domicilio del proprio assistito, del Medico di Medicina Generale (MMG) o del Pediatra di Famiglia (PDF) curanti in tutte le fasi dell'assistenza.

Gli operatori dell'ASST e dell'Ambito Territoriale si impegnano proattivamente a coinvolgere il MMG o il PDF per la condivisione della presa in carico del paziente.

ART. 8

ATTIVITA' E MODALITA' OPERATIVE DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO

Gli interventi e i percorsi della rete di offerta socio-sanitaria territoriale attivabili tramite il PUA sono quelli definiti all'interno del Distretto e descritti nei PDTA (Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale) e nelle Regole di Distretto. I PDTA potranno essere integrati, implementati o modificati a seguito di sopravvenuta normativa di settore.

Qualora se ne ravvisi la necessità e/o su richiesta del Direttore di Ambito Territoriale, il Direttore di Distretto proporrà l'attivazione di gruppi di miglioramento composti da professionisti di ASST e di Ambito, per definire procedure ad alta integrazione.

Il Direttore del Distretto ed il responsabile dell'Ambito Territoriale si incontrano semestralmente per confrontarsi circa il funzionamento del PUA.

Allo stato attuale, il PUA gestisce le seguenti attività:

Ricezione della richiesta di accesso ad uno dei servizi della rete.

La richiesta può essere formulata dall'utente o da un suo familiare, dal MMG/PLS, dalla COT, dal Servizio Sociale comunale/d'Ambito, da organizzazioni di volontariato.

Analisi del bisogno.

Gli operatori del PUA, successivamente all'accoglienza, effettuano una prima analisi del bisogno anche attraverso strumenti di rapida applicazione.

Nel caso venga rilevato un bisogno di semplice gestione, la persona viene accompagnata e guidata nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso (ad es. ADI, SAD, ecc.).

Nel caso venga rilevato un bisogno di complessa gestione, la persona viene rimandata ad una ulteriore fase di valutazione multidimensionale che può coinvolgere, oltre agli operatori del PUA, attori diversi da individuarsi in base ai bisogni manifestati.

Valutazione multidisciplinare/multidimensionale e pianificazione degli interventi.

La valutazione multidisciplinare e/o multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con fragilità/disabilità, identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale.

Tale valutazione si articola in due fasi:

- a) La rilevazione diretta nei confronti dell'assistito e della sua famiglia, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidisciplinare/multidimensionale distrettuale (UVM/UVMD o équipe integrata) formalmente riunita.

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo di presa in carico. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato o suo delegato o amministratore di sostegno, è predisposto dall'UVM/UVMD distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale.

IL PAI contiene l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La progettazione individuale, condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate e la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

Attivazione dei percorsi.

La valutazione multidisciplinare/multidimensionale consente di disporre degli elementi per individuare i problemi, definire gli obiettivi dell'assistenza e proporre un piano di intervento composto da servizi appropriati per tipologia, livello e tempi di intervento.

La proposta è illustrata all'interessato e/o ai suoi familiari, ai fini dell'orientamento nella rete dei servizi presenti sul territorio. Seguono quindi l'individuazione del case manager, all'interno del PUA o del Servizio Specialistico della rete territoriale che prende in carico il caso e l'avvio degli interventi previsti dal Piano, secondo la competenza e nel rispetto di tempi definiti.

verifica periodica e finale.

In corso di realizzazione del Piano di intervento vengono effettuate le rivalutazioni necessarie, finalizzate alla verifica dell'appropriatezza degli interventi (erogazione dell'assistenza e sua appropriatezza anche con riferimento a linee guida e protocolli), degli obiettivi e dei risultati raggiunti, del gradimento dell'assistenza ricevuta da parte dell'utenza.

In relazione a singoli problemi e/o singoli obiettivi possono essere previste specifiche verifiche.

inserimento/aggiornamento dati.

Dal punto di vista operativo, il PUA:

- . opera come équipe funzionale, in modo interattivo sia al proprio interno che all'esterno;
- . riceve quotidianamente le richieste di intervento;
- . effettua, il più celermente possibile e comunque entro i tempi massimi definiti dalla normativa vigente, il primo inquadramento di ogni nuova situazione, di norma attraverso accesso domiciliare e attiva conseguentemente il piano globale di intervento;
- . utilizza le modalità più semplici e rapide per attivare i servizi necessari garantendo comunque l'approccio multidimensionale e i livelli qualitativi previsti;
- . promuove l'autonomia e la responsabilizzazione dell'assistito e della sua famiglia evitando per quanto possibile interventi sostitutivi;
- . si relaziona direttamente con gli operatori/Enti che sono stati attivati sul singolo caso e, con gli stessi, effettua rivalutazioni in itinere della situazione, riaggiornando congiuntamente il Piano di intervento secondo necessità.

ART. 9 STRUMENTI INFORMATIVI

Gli strumenti informativi supportano l'utilizzo di scale di valutazione multidimensionale specifiche, in base alla problematica riscontrata.

ART. 10 FORMAZIONE CONTINUA

L'ASST di Mantova promuove percorsi di formazione rivolti agli operatori del PUA, anche d'intesa con l'Ambito Territoriale di riferimento, per sviluppare competenze specifiche e migliorare l'integrazione tra le diverse professionalità.

Le iniziative potranno essere organizzate singolarmente o congiuntamente dai partner del presente Protocollo.

ART. 11 COPERTURA ASSICURATIVA

L'ASST di Mantova e il Consorzio / Comune / Servizio, in qualità di datori di lavoro, sono tenuti a garantire la copertura assicurativa del proprio personale, secondo le norme vigenti, a qualsiasi titolo e ovunque svolga l'attività oggetto del presente accordo.

Per quanto riguarda le procedure e modalità autorizzative per l'utilizzo automezzi, rimborsi spese, trattamento di missione, consumo pasti ecc., ciascun operatore si atterrà alla regolamentazione vigente nell'Ente di appartenenza.

ART. 12 DECORRENZA E DURATA DELL'INTESA

Il presente Protocollo d'intesa esplica i suoi effetti a far data dalla sottoscrizione e sino al 31/12/2026.

Qualora si rendessero necessarie modifiche sostanziali all'intesa, le parti avranno cura di rinegoziare i contenuti e di adottare un nuovo Protocollo da sottoporre ad approvazione con atto deliberativo.

L'intesa può essere revocata, su iniziativa di ciascuna delle parti, con preavviso di almeno 60 giorni. La comunicazione di revoca dovrà essere esplicitata per iscritto e motivata.

Mantova,

Letto, confermato e sottoscritto

Il Legale Rappresentante
Azienda Speciale Consortile Oglio Po
Dr.ssa Mariagrazia Tripodo

Il Direttore Generale
ASST di Mantova
Dr.ssa Mara Azzi