



AMBITO TERRITORIALE DI BARLETTA

PROTOCOLLO D'INTESA

TRA L'AMBITO TERRITORIALE DI BARLETTA E LA ASL BAT PER LA REGOLAMENTAZIONE DELLA PORTA UNICA DI ACCESSO E DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

L'anno 2010 il giorno 21 del mese di gennaio presso la Sala Riunioni del Settore Servizi Sociosanitari, Sport e P. I. del Comune di Barletta, sono presenti:

- il Sindaco ing. Nicola Maffei, in rappresentanza del Comune di Barletta;
- il Direttore Generale dell'ASL BAT, dott. Rocco Canosa;
- il Dirigente del Settore Servizi Sociosanitari, P.I. e Sport dott.ssa Maria Rosaria Donno, in rappresentanza del Comune di Barletta;
- il Direttore del Distretto n. 4 ASL BAT, dott. Mauro Sarcina;
- il Direttore D.S.M. ASL BAT, dott. Giuseppe Saccotelli;
- il Direttore del Servizio sovradistrettuale di Medicina fisica e della Riabilitazione ASL BAT, dott. Mario Santalucia;
- il Direttore del Dipartimento dipendenze patologiche dell'ASL BAT, dott. Nicola Corvasce.

LE PARTI, VISTI

- il D. Lgs. 112/98 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alla Regione ed agli Enti locali";
- la L. 328/00;
- il DPCM 14.02.01 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- il DPCM 29.11.01 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";
- il protocollo operativo ADI 24.01.2005;
- la Legge Regionale n. 19/2006;
- il Regolamento Regionale n. 4/2007;
- il Regolamento Regionale n. 19/2008;
- il Piano Regionale di salute 2008-2010;
- il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-2011 approvato con delibera di Giunta Regionale n. 1875 del 13.10.09.

PREMESSO

- che il D. Lgs. 112/98 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alla Regione ed agli Enti locali" attribuisce ai Comuni i compiti di erogazione dei Servizi e delle prestazioni sociali, ovvero tutte le attività del Sistema Sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno;
- che la L. 328/2000 attribuisce ai Comuni, oltre ai compiti già trasferiti a norma del D.P.R. 24.07.77 n. 616 ed alle funzioni attribuite ai sensi dell'art. 132, co. 1 del D. Lgs. 112/98, la programmazione, la progettazione e la realizzazione del Sistema Locale dei Servizi Sociali, nell'ambito delle risorse disponibili ed in base ai piani nazionali ed al Piano di Zona;
- che il Comune di Barletta ha approvato con delibera di Consiglio Comunale n. 13 del 10.02.05, la prima parte del "Piano Sociale dell'Ambito Distrettuale di Barletta-Triennio 2005-2007";



- che con deliberazione di Giunta Comunale n. 192 del 29/06/2005, è stata approvata la Porta Unica di Accesso;
- che il Comune di Barletta ha approvato con delibera di Giunta Comunale n. 13 del 23/01/2006, la seconda parte del "Piano Sociale dell'Ambito Distrettuale di Barletta-Triennio 2005-2007";
- che con deliberazione n. 871 del 06/06/2008 la ASL BAT costituiva l'Unità Valutativa Multidimensionale del Distretto n. 4;
- che il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2009-2011, approvato con delibera di Giunta Regionale n. 1875 del 13.10.09, evidenzia la necessità che gli indirizzi forniti alle AA.SS.LL. dal Piano Regionale di Salute trovino speculare applicazione, anche da parte dei Comuni, per gli impegni e le responsabilità di propria competenza, con riferimento non solo all'apporto di risorse finanziarie per la compartecipazione, quando dovuta, ma soprattutto all'apporto organizzativo e professionale per l'operatività dei luoghi dell'integrazione, dei percorsi per l'accesso e la valutazione integrata del caso, nonché per la costruzione di progetti assistenziali individualizzati. Le AA.SS.LL., come i Comuni, attuano l'integrazione socio-sanitaria, definendo linee guida, protocolli operativi, piani personalizzati di assistenza, documenti di programmazione (PAT e PdZ) raccordati rispetto alla progettazione di percorsi ed interventi integrati socio-sanitari;
- che con delibera di Giunta Comunale, in qualità di Coordinamento Istituzionale, n. 3 del 11/01/2010 è stata approvata la proposta di Piano Sociale di Zona 2010/2012 dell'Ambito Distrettuale di Barletta.

CONSIDERATO

- che è necessario coordinare, tra gli Enti coinvolti, gli specifici interventi relativi all'integrazione socio-sanitaria;
- che è opportuno mettere in campo tutte le risorse, per tutelare nel modo migliore possibile l'interesse dei soggetti più deboli coinvolti, per un'effettiva integrazione sociosanitaria, evitando sprechi di qualunque genere;
- che risulta utile sottoscrivere un'intesa tra tutti i soggetti coinvolti, citati in premessa, al fine di realizzare un'efficace integrazione socio-sanitaria.

CONVENGONO E STIPULANO QUANTO SEGUE

gli Enti sottoscrittori del presente Protocollo intendono predisporre gli strumenti per la regolamentazione della Porta Unica di Accesso nonché dell'Unità di Valutazione Multidimensionale.

ART. 1

OGGETTO

Il presente Protocollo intende definire gli impegni dei soggetti istituzionali sottoscrittori e le relative modalità di raccordo nelle procedure di valutazione, orientamento, ammissione/dimissione, inserimento in lista d'attesa ed ingresso nella/e Strutture e/o Servizi socio-sanitari e socio-assistenziali dei cittadini residenti nel Comune di Barletta.

ART. 2

FINALITA'

Il presente Protocollo si propone di:

- ✓ mantenere un livello di programmazione unitaria a livello distrettuale attraverso un coordinamento tecnico-gestionale che renda più efficaci, più flessibili e meno frammentati gli



interventi di ordine sociale e socio-sanitario, con un miglior utilizzo delle risorse messe a disposizione, con economie di scale non realizzabili nel solo ambito comunale;

- ✓ consolidare ed estendere nei confronti del cittadino, i servizi esistenti, elevandone la loro qualità ed efficacia, migliorando o modificando le risposte assistenziali e sanitarie rispetto ai bisogni emergenti e rilevanti espressi dal territorio;
- ✓ sviluppare una rete di servizi ed interventi tra loro coordinati di natura sanitaria e sociale;
- ✓ sviluppare piani di intervento a favore del cittadino che prevedano l'integrazione fra la risposta socio-assistenziale e socio-sanitaria, nel pieno rispetto dei principi di libera scelta e centralità dello stesso e della sua famiglia.

ART. 3 DESTINATARI

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

ART. 4 MODALITA' DI ACCESSO ALLE STRUTTURE ED AI SERVIZI SOCIO-SANITARI E SOCIO-ASSISTENZIALI AUTORIZZATI

La PUA, (Porta Unica di Accesso), attivata presso la sede del Distretto Socio sanitario n. 4, è composta da n. 2 Operatori Sociali indicati dall'Ambito e da n.2 Operatori Sociali e n. 1 Operatore Sanitario indicati dall'ASL ad essa specificamente preposti.

Il cittadino, per accedere alle Strutture ed ai Servizi socio-sanitari o socio assistenziali autorizzati, presenta apposita richiesta compilando la modulistica, all'uopo predisposta, disponibile presso la Porta Unica di Accesso.

Alla ricezione della domanda fa seguito l'istruttoria, da parte degli operatori componenti la PUA, ognuno per le proprie proprie competenze, a mezzo della scheda "S.V.A.M.A.", giusta delibera di Giunta Regionale n. 107/2005, che la definisce "*strumento di lavoro scientificamente validato per l'accesso ai servizi di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati, utilizzato dalle Unità di Valutazione distrettuali, per la valutazione multidimensionale dell'utente*".

La scheda SVAMA è applicata a tutti i richiedenti per l'accesso alla rete di Servizio, ed è compilata, nello specifico, per la parte sanitaria dal medico di medicina generale o specialista, per la parte sociale dall'assistente sociale dell'Ambito e per la parte cognitiva e funzionale dal case manager del distretto socio-sanitario.

Alla domanda di accesso ai servizi socio-sanitari dovrà essere allegata, in via minimale, la seguente documentazione:

- stato di famiglia;
- modello ISEE completo di Dichiarazione Sostitutiva Unica riguardante l'intero nucleo familiare anagrafico;
- altri redditi non rientranti nel modello ISEE (assegno sociale, pensione d'invalidità civile, pensione INAIL, indennità d'accompagnamento, eventuali prestazioni economiche erogate dall'INPS, assegno di alimenti coniuge, ecc.).

L'istanza, al completamento dell'istruttoria, viene trasmessa all'UVM, (Unità di valutazione multidimensionale) .

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni Sanitari e Sociali



complessi), costituisce l'anello operativo strategico, in sede locale, del Sistema Integrato di Interventi e Servizi Sociali, che procede alla valutazione dell'ammissibilità della domanda.

L'U.V.M. è composta, giusta delibera ASL n.871 del 6/6/2008, dal Dirigente del Settore Servizi Sociali e due Assistenti Sociali del Comune, il Coordinatore (delegato dal Direttore del Distretto), il Rappresentante dei Medici di Medicina Generale, un Infermiere Professionale-Case Manager, un fisioterapista, due Assistenti Sociali e un Geriatra o altro Specialista (a seconda del caso da trattare).

Nello specifico, l'U.V.M. svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali dei pazienti/utenti;
- verifica le condizioni di ammissibilità;
- elabora il Piano Assistenziale Individualizzato (obiettivi e tipologia, frequenza e durata degli interventi), condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- verifica e aggiorna l'andamento del Piano Assistenziale Individualizzato;
- procede alla dimissione concordata.

Nella valutazione socio-sanitaria congiunta, si attribuisce a ciascun richiedente un punteggio sulla base dei dati indicati nella Scheda *Svama*.

E' possibile attribuire a ciascun richiedente fino ad un massimo di n. 15 punti complessivi, sulla base dei seguenti criteri di valutazione:

- a) Punteggio Salute..... max punti 3
- b) Punteggio Socio-ambientale..... max punti 3
- c) Punteggio Autonomia di Salute max punti 9

L'U.V.M. esprime parere in merito e comunica lo stesso alla Struttura/Servizio socio-sanitario o socio-assistenziale che accoglierà il richiedente o lo introdurrà nella lista d'attesa.

ART. 5

COMPETENZE DELL'AMBITO TERRITORIALE

L'Ambito Territoriale di Barletta, a mezzo degli operatori nominati, ha il compito di:

1. rilevare-monitorare situazioni di fragilità del richiedente;
2. effettuare la valutazione socio-ambientale e redigere l'apposita cartella socio-ambientale nonché compilare la scheda "S.V.A.M.A." sociale;
3. partecipare all'U.V.M. per stabilire il P.A.I.;
4. orientare il cittadino all'interno della rete delle unità di offerta sociali e socio-sanitarie, e fornire adeguate informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
5. mantenere i rapporti con il referente del caso per utili interscambi conoscitivi e monitoraggio relativo all'attuazione del P.A.I.;
6. determinare la quota di compartecipazione sociale per ogni singolo utente avuto riguardo alla richiesta;
7. assumere, per quanto di competenza sociale, l'onere finanziario quale determinato dal DPCM del 29.11.01 per i LEA (servizi domiciliari, residenziali e semiresidenziali) di cui all'Allegato "A" accluso al presente protocollo.
8. per il servizio ADI, applicare la quota di compartecipazione sociale, quale stabilita con delibera di C.C. che annualmente determina le tariffe e i diritti fissi dei servizi pubblici a domanda individuale.



ART. 6

COMPETENZE DELLA ASL BAT

L'ASL BAT, a mezzo degli operatori nominati, ha il compito di:

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

ART. 7

RIVALUTAZIONE DEGLI UTENTI IN CARICO

L'U.V.M. dovrà, periodicamente, verificare i PAI, e procedere all'eventuale aggiornamento degli stessi, al fine di adeguarli alle effettive esigenze degli utenti, o alla dimissione.

ART. 8

DURATA DEL PROTOCOLLO

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

ART. 9

NORMA FINALE

Per tutto ciò che non risulta disciplinato dal presente Protocollo, restano valide le Norme vigenti e Regionali di Settore nonché i relativi Decreti.

- Ing. Nicola Maffei _____
- Dott. Rocco Canosa _____
- Dott. ssa Maria Rosaria Donno _____
- Dott. Mauro Sarcina _____
- Dott. Giuseppe Saccotelli _____
- Dott. Mario Santalucia _____
- Dott. Nicola Corvasce _____



Allegato "A"

I LEA Sociosanitari nella normativa vigente (*)

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



Allegato "A"

Macrolivelli di assistenza	LEA di cui all'All. 1C DPCM 29.11.2001	Riferimenti norme nazionali e regionali	Quota di compartecipazione fondo sanitario regionale (ASL)	Quota di compartecipazione Utenti/Comune
Semiresidenziale	Assistenza semi-residenziale sanitaria e sociosanitaria in programmi riabilitativi per <u>disabili fisici, psichici e sensoriali</u>	D. Lgs. n. 229/1999	100% (prestazioni diagnostiche e terapeutiche per disabili e per minori affetti da patologie neuropsichiatriche e disturbi comportamentali)	
		L. n. 104/1992 L. n. 162/1998 Reg. R. n. 3/05	70% (prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio riabilitative per disabili gravi)	30% (prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio riabilitative per disabili gravi)
		Reg. R. n. 4/07 art. 60 (centro socio educativo e riabilitativo)	50% (prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per minori e adulti 18-64 non autosufficienti, compresi interventi di sollievo: centro socio-educativo e riabilitativo art. 60 R.R. n. 4/07)	50% (prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per minori e adulti 18-64 non autosufficienti, compresi interventi di sollievo).
	Assistenza semi-residenziale sanitaria e sociosanitaria in programmi riabilitativi per <u>persone con problemi psichiatrici</u>	P.O. Tutela della salute mentale DPR 10.11.1999 Reg. R. n. 7/2002 art. 4 Art. 26 della l. n. 833/1978	100% Centro Diurno Centri di riabilitazione	
Residenziale	Assistenza sanitaria e sociosanitaria in programmi riabilitativi per persone con <u>problemi psichiatrici e per disabili fisici, psichici e sensoriali</u>	P. O. Tutela della salute mentale DPR 10.11.1999 Regolamento Regionale n. 7/2002 (art. 1,2,3) L. r. n. 26/2006 (art. 8,9)	100% Prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socio riabilitative in regime residenziale: - comunità riabilitativa - comunità alloggio - gruppo appartamento	



Allegato "A"

Macrolivelli di assistenza	LEA di cui all'Ali. 1C DPCM 29.11.2001	Riferimenti nonne nazionale regionali	Quota di compartecipazione fondo sanitario regionale (ASL)	Quota di compartecipazione Utenti / Comuni
		Regolamento Regionale n. 4/2007 (comunità socioriabilitativa. casa per la vita in relazione alle patologie e agli obiettivi di presa in carico)	70% prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabilità gravi: -comunità socioriabilitativa per disabili gravi - art. 57 R.R. n. 4/2007 -casa per la vita - art. 70 R.R. n. 4/2007	30% prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in -agirne residenziale per disabili gravi: -comunità socioriabilitativa per disabili gravi - art. 57 R.R. n. 4/2007 -casa per la vita -art. 70 R.R. n. 4/07
		Reg. R. n. 4/2007 (comunità socioriabilitativa, casa per la vita)	40% prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi privi di sostegno familiare: comunità alloggio per "dopo di noi" - art.55 R.R. n. 4/2007 casa per la vita - art. 70 R.R. n. 4/2007	60% prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi privi di sostegno familiare: comunità alloggio per "dopo di noi" - art.55 R.R. n. 4/2007 casa per la vita - art. 70 R.R. n. 4/2007
			50% (prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, compresi interventi di sollievo: RSSA per disabili - art. 58 R.R. n. 4/2007 RSSA per anziani - art. 66 R.R. n. 4/2007)	50% (prestazioni terapeutiche. di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti, compresi interventi di sollievo: RSSA per disabili - art. 58 R.R. n. 4/2007 RSSA per anziani - art. 66 R.R. n. 4/2007)
	Attività sanitaria e sociosanitaria per persone affetta da AIDS	DPR 08.03.2000 P.O. AIDS	70% (prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fasi di lungo-assistenza in regime residenziale)	30% (prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fasi di lungo-assistenza in regime residenziale)

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