REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi
GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 2161 del 12/12/2023

Seduta Num. 51

Questo martedì 12 **del mese di** Dicembre

dell' anno 2023 **si è riunita in** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA - in modalità mista

la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Priolo Irene	Vicepresidente
3) Calvano Paolo	Assessore
4) Colla Vincenzo	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Felicori Mauro	Assessore
7) Mammi Alessio	Assessore
8) Salomoni Paola	Assessore
9) Taruffi Igor	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Corsini Andrea

Proposta: GPG/2023/2295 del 05/12/2023

Struttura proponente: SETTORE POLITICHE SOCIALI, DI INCLUSIONE E PARI OPPORTUNITÀ DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE A WELFARE, POLITICHE GIOVANILI, MONTAGNA E AREE INTERNE

Oggetto: LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE E L'IMPLEMENTAZIONE DEI PUNTI UNICI DI ACCESSO (PUA) E LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA IN MATERIA DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA PER PERSONE CON NON AUTOSUFFICIENZA O DISABILITA'

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Massimo Zucchini

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che, nella Missione 5 "Inclusione e Coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore"
  - contiene specifiche linee d'intervento dedicate alle persone con disabilità e agli anziani, a partire dai non autosufficienti, secondo un modello di presa in carico sociosanitaria coordinato con il parallelo progetto di rafforzamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale previsto nella Missione 6 "Salute" (in particolare il progetto Riforma dei servizi sanitari di prossimità e il progetto Investimento Casa come primo luogo di cura);
  - definisce i cardini e le linee di sviluppo di una riforma organica degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti: semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni mediante punti unici di accesso sociosanitario; valutazione e presa in carico multidimensionale ed integrata; progressivo rafforzamento dei servizi territoriali di domiciliarità; definizione di un progetto individualizzato che individui e finanzi i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza a domicilio, nell'ottica della deistituzionalizzazione;

- il comma 160 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" che dispone che "*Al fine di garantire la programmazione, il coordinamento e la realizzazione dell'offerta integrata dei LEPS sul territorio, nonché di concorrere alla piena attuazione degli interventi previsti dal Programma nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)nell'ambito delle politiche per l'inclusione e la coesione sociale, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), della legge 8 novembre 2000, n. 328, che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi, fermo restando quanto previsto dall'articolo 23 del decreto legislativo 15 settembre 2017, n. 147.*";

- il comma 163 dell'articolo 1 della citata legge n. 234 del 2021 che dispone che "*Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, 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". Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.";

Visto il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*";

Dato atto che il sopra citato Regolamento:

- ricorda che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si basa sui principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità e persegue e richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone, e ciò comporta la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali;
- riconosce nell'Assistenza Primaria la prima porta d'accesso al sistema sanitario e persegue pertanto:
  - lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, per garantire in modo coordinato l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria e sociosanitaria in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
  - la realizzazione di Punti Unici di Accesso (PUA), collocati presso le Case della Comunità, che assicurino la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari e sociosanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo;
  - il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
  - l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("*Planetary Health*");
  - logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;

- modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro *caregiver*, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.);

Visto il DPCM 3 ottobre 2022 "Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024";

Preso atto che nel suo impianto, il Piano per la Non Autosufficienza 2022-2024 si fonda sui criteri di universalità e di prossimità alle persone ed alle comunità territoriali e si configura come un importante vettore del processo di transizione alimentato dalle spinte riformatrici in corso, e che una intera strategia di intervento del PNNA 2022-2024 è dedicata all'attuazione di un LEPS integrato di Processo i cui contenuti sono orientati dal già citato comma 163 dell'articolo 1 della citata legge n. 234 del 2021, tesi a garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali, tenendo conto del quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e volti a consolidare e sviluppare il necessario Percorso assistenziale integrato;

Dato atto che il citato Piano in particolare:

- costituisce l'atto di programmazione nazionale delle risorse afferenti al Fondo per le non autosufficienze e individua, nel limite di tali risorse, lo sviluppo degli interventi ai fini della graduale attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) da garantire su tutto il territorio nazionale, come stabilito all'art. 1, commi da 159 a 171 della legge 30 dicembre 2021, n. 234;
- si sviluppa come ulteriore evoluzione della precedente programmazione, scaturita dalla legge n. 33 del 2017 e dal D.Lgs. n. 147 del 2017, basata sull'avvio dei LEPS in materia di non autosufficienza e disabilità;
- ricorda che già nel Piano 2019-21, l'integrazione viene promossa sin dall'accesso ai servizi sociosanitari potenziando i PUA, il primo luogo di informazione e

accesso ai servizi a cui seguono, nell'ambito del percorso di presa in carico che investe la persona non autosufficiente e con disabilità al fine del raggiungimento di autonomia e indipendenza, le ulteriori fasi della valutazione multidimensionale e il progetto personalizzato, nonché il budget di progetto;

- prende atto che la recente pandemia ha reso chiaramente evidente la correlazione indissolubile tra salute e ciò che a livello sociale incide nel determinare la salute e il ben-essere delle persone, specialmente se non autosufficienti, con disabilità, sole o fragili ed esposte al rischio di grave marginalità, tanto da rendere non più eludibile l'obiettivo della costruzione di compiuti sistemi integrati di servizi, organizzati su base territoriale; a partire infatti dalla considerazione diffusamente sostenuta che una maggior presenza del welfare pubblico in molte aree del Paese avrebbe consentito di affrontare più efficacemente il COVID-19, si è sviluppato un interesse più ampio nei riguardi del ruolo che i servizi territoriali dovrebbero ricoprire nell'ambito di un sistema di protezione sociale moderno e, conseguentemente, rispetto alla necessità di un loro deciso rafforzamento, sviluppando una rete di assistenza di prossimità sul territorio più capillare e ampia;
- ricorda come, rispetto all'integrazione tra ambito sanitario e sociale, nella pianificazione legata alle Missioni 5 e 6 del PNRR sono evidenti i caratteri del profondo cambiamento richiesto in termini di salute, come qualità di vita, delle nostre comunità e come sia evidente la volontà del legislatore di accompagnare una proficua integrazione tra sistema sanitario e sistema sociale;
- ricorda che nel PNRR si introducono diverse misure per le persone anziane non autosufficienti, mirate sia al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzati alla prevenzione dell'istituzionalizzazione e al mantenimento, per quanto possibile, di una dimensione autonoma (Missione 5), sia al potenziamento dell'assistenza sanitaria, in particolare di quella territoriale (Missione 6), e che tali missioni sono da leggere come complementari tanto per quanto riguarda la materia della disabilità, che per quanto riguarda la tutela della non autosufficienza;
- richiama i commi 162 e 164 della citata Legge n. 234 del 2021, oggetto delle azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione e il comma 163, oggetto delle azioni legate all'attuazione di un LEPS di processo che deve essere sostenuto da un Accordo Interistituzionale, di cui il Piano contiene – all'allegato 1 – uno schema-tipo;

- ricorda come le fonti normative che regolano il sistema sociale e sanitario, con particolare riferimento alla citata legge n. 234 del 2021 ed al DPCM 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*" (Capo IV Assistenza sociosanitaria), contengono da un lato aspetti comuni organizzativi, e dall'altro comportano la necessità di meglio definire, a partire dal livello istituzionale, i percorsi e processi tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali, che diano una reale garanzia di presa in carico integrata per le persone non autosufficienti;
- prevede che le regioni adottino un Piano regionale per la non autosufficienza, ovvero altro atto di programmazione regionale degli interventi e dei servizi necessari per l'attuazione del piano nazionale, a valere sulle risorse di cui al sopra richiamato DPCM, eventualmente integrate con risorse proprie;
- prevede, ai sensi dell'art. 1, comma 163 della citata legge n. 234 del 2021, ai fini del rafforzamento dei PUA, di destinare 20 milioni per l'anno 2022 e 50 milioni di euro per ciascun anno del biennio 2023-2024 da destinare alle assunzioni di personale con professionalità sociale presso gli ATS;

Richiamata la propria deliberazione n. 2221 del 12 dicembre 2022 "Primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del D.M. n. 77 del 22 maggio 2022" che in particolare, per quanto riguarda l'oggetto della presente deliberazione, da atto che il Distretto, coincidente con gli ATS, "*rappresenta lo snodo strategico e punto nevralgico per realizzare ed erogare in modo ancora più integrato i servizi sanitari, sociali e sociosanitari. Per Distretto, concretamente, si intende l'ambito territoriale sul quale orientare la lettura dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi*" e che ogni Casa della Comunità Hub e Spoke deve garantire il servizio di Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario e sociosanitario accessibile alla cittadinanza;

Richiamata inoltre la propria deliberazione n. 905 del 5 giugno 2023 "Programmazione regionale per il triennio 2022-2024 del Fondo nazionale per le non autosufficienze" che in particolare, per quanto riguarda l'oggetto della presente deliberazione, da atto che:

- in Emilia-Romagna è presente ormai da tempo sul territorio regionale un sistema di governance multilivello e di integrazione sociosanitaria articolato nelle dimensioni istituzionale, organizzativa e tecnica,

definito dalla legge regionale 12 marzo 20203, n. 2 "*Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*", e successivamente recepito nei Piani sociali e sanitari regionali approvati fino ad oggi;

- l'integrazione tra politiche sociali e sanitarie a livello istituzionale è perseguita:
  - a livello regionale nell'ambito della "Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali", composta da Regione, Comuni e AUSL;
  - a livello territoriale intermedio nelle Conferenze Territoriali Sanitarie e Sociali (CTSS);
  - a livello distrettuale nei Comitati di distretto cui partecipano i Sindaci dei Comuni ed il Direttore di distretto della AUSL;
- in Emilia-Romagna gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) coincidono con i 38 Distretti socio-sanitari del territorio regionale e che in essi sono già presenti accordi interistituzionali o protocolli operativi consolidati tra Comuni e AUSL in materia sociosanitaria per l'area anziani e disabilità;
- in Emilia-Romagna attualmente il sistema prevede che, in seguito ad un primo contatto informativo ed interventi di segretariato sociale, solitamente assicurati dallo Sportello sociale e dal Servizio Sociale Territoriale, un operatore contatti la persona da assistere o un suo familiare per informare sul panorama dei servizi assistenziali e per valutare la situazione; per bisogni complessi, che richiedono l'intervento di diversi servizi sociali e sanitari, viene compiuta una valutazione multidimensionale dei bisogni della persona, alla quale partecipano operatori sociali e sanitari nell'ambito della Unità di valutazione multidimensionale (UVM); alla valutazione segue la formulazione di un progetto personalizzato che deve essere condiviso dalla persona assistita o dai suoi familiari;
- occorre ora, per garantire la necessaria uniformità sul territorio regionale e sulla base delle indicazioni delle norme nazionali più sopra richiamate, che venga formalizzato in ogni ambito distrettuale/ATS uno specifico Accordo di programma che definisca le modalità di collaborazione istituzionale, organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità, e focalizzi e metta a valore il ruolo centrale dei Punti unici di accesso (PUA);
- l'Accordo di programma più sopra citato deve essere coerente con lo Schema-tipo allegato al PNNA 2022-2024 e

può essere adattato alle diverse realtà distrettuali, fermi restando i principi e gli elementi essenziali;

Dato atto che negli ultimi mesi si sono svolti incontri ed effettuati approfondimenti che hanno coinvolto la Regione, gli Enti locali e le AUSL, volti ad approfondire e chiarire i contenuti dell'Accordo di programma citato;

Ritenuto pertanto opportuno, per accompagnare ed agevolare gli ambiti distrettuali/ATS nella definizione dei contenuti dell'Accordo di programma, riepilogare le caratteristiche ed i principi ed elementi essenziali, anche alla luce del lavoro istruttorio svolto negli ultimi mesi, approvando l'allegato parte integrante del presente atto ad oggetto "Linee guida per la progettazione e l'implementazione dei Punti unici di accesso (PUA) e la definizione degli Accordi di programma in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità";

Ritenuto inoltre opportuno, per consentire agli ambiti distrettuali/ATS di sviluppare adeguatamente i contenuti dell'Accordo di programma, di fissare il termine per la sottoscrizione degli stessi al 31 gennaio 2024, modificando in tal senso quanto previsto dalle proprie deliberazioni n. 905 del 5 giugno 2023 (Programmazione regionale del Fondo nazionale per le non autosufficienze 2022-2024) e n. 1237 del 17 luglio 2023 (Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2023 - Obiettivo 2.14. "Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza" della programmazione sanitaria regionale 2023);

Visti:

- il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 "*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni*" e ss.mm.ii.;
- la legge regionale 26 novembre 2001, n. 43 "*Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna*" e ss.mm.ii.;

Richiamate inoltre le seguenti proprie deliberazioni:

- n. 468 del 10 aprile 2017 "Il sistema dei controlli interni nella Regione Emilia-Romagna" e le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG/2017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017, relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della medesima delibera;

- n. 771 del 19 maggio 2021 “Rafforzamento delle capacità amministrative dell’ente. Secondo adeguamento degli assetti organizzativi e linee di indirizzo 2021”, che conferisce fino al 31/05/2024 l’incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) per le strutture della Giunta della Regione Emilia-Romagna e degli Istituti e Agenzie regionali, di cui all’art. 1, comma 3 bis, lett. b), della L.R. n. 43 del 2001;
- n. 380 del 13 marzo 2023 “Approvazione Piano integrato delle attività e dell'organizzazione 2023-2025” e ss.mm.ii.;
- n. 426 del 21 marzo 2022 “Riorganizzazione dell’ente a seguito del nuovo modello di organizzazione e gestione del personale. Conferimento degli incarichi ai Direttori Generali e ai Direttori di Agenzia”;
- n. 474 del 27 marzo 2023, recante “Disciplina organica in materia di organizzazione dell'ente e gestione del personale. Aggiornamenti in vigore dal 1° aprile 2023 a seguito dell'entrata in vigore del nuovo ordinamento professionale di cui al titolo III del CCNL funzioni locali 2019/2021 e del PIAO 2023/2025”;

Richiamate infine le seguenti determinazioni dirigenziali:

- n. 2335 del 9 febbraio 2022 “Direttiva di indirizzi interpretativi degli obblighi di pubblicazione previsti dal Decreto legislativo n.33 del 2013. Anno 2022”;
- n. 6229 del 31 marzo 2022 “Riorganizzazione della Direzione generale cura della persona, salute e welfare. Istituzione aree di lavoro. Conferimento incarichi dirigenziali”;
- n. 14385 del 29 giugno 2023 “Modifica dell’assetto delle Aree della Direzione Generale Cura della persona, salute e welfare. Conferimento incarico”, con cui è stata – tra l’altro – ridefinita la declaratoria dell’Area sociosanitaria - anziani e persone con disabilità;

Dato atto che il Responsabile del procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazione di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell’Assessore al Welfare, Politiche giovanili, Montagna e Aree interne e dell’Assessore alle Politiche per la Salute

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di approvare l'allegato parte integrante del presente atto ad oggetto "Linee guida per la progettazione e l'implementazione dei Punti unici di accesso (PUA) e la definizione degli Accordi di programma in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità", con la finalità di accompagnare ed agevolare gli ambiti distrettuali/ATS nella definizione dei contenuti dell'Accordo di programma previsto dal Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, che definisce le modalità di collaborazione istituzionale, organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità, e focalizza e mette a valore il ruolo centrale dei Punti unici di accesso (PUA);

2. di fissare il termine per la sottoscrizione degli Accordi di programma al 31 gennaio 2024, modificando in tal senso quanto previsto dalle proprie deliberazioni n. 905 del 5 giugno 2023 (Programmazione regionale del Fondo nazionale per le non autosufficienze 2022-2024) e n. 1237 del 17 luglio 2023 (Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2023 - Obiettivo 2.14. "Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza" della programmazione sanitaria regionale 2023);

3. di dare mandato alle Aree regionali competenti di trasmettere il presente provvedimento agli ambiti distrettuali/ATS.

Allegato alla deliberazione di Giunta regionale n. ____ del _____

LINEE GUIDA PER LA PROGETTAZIONE E L'IMPLEMENTAZIONE DEI PUNTI UNICI DI ACCESSO (PUA) E LA DEFINIZIONE DEGLI ACCORDI DI PROGRAMMA IN MATERIA DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA PER PERSONE CON NON AUTOSUFFICIENZA O DISABILITA'

PREMESSA

Si richiamano le premesse della deliberazione n. ____ del _____, dove sono indicate le norme nazionali e le indicazioni regionali che costituiscono il quadro di riferimento per la definizione degli Accordi di programma in materia di integrazione sociosanitaria per le persone con non autosufficienza o disabilità.

Anche a seguito degli incontri ed approfondimenti che si sono svolti negli ultimi mesi, che hanno coinvolto la Regione, gli Enti locali e le AUSL, volti ad approfondire e chiarire i contenuti dell'Accordo di programma citato, la Giunta regionale ha ritenuto – per accompagnare ed agevolare gli ambiti distrettuali/ATS nella definizione dei documenti – di riepilogare caratteristiche e principi ed elementi essenziali, anche alla luce del lavoro istruttorio svolto negli ultimi mesi.

PRINCIPI, VALORI, OBIETTIVI

I principi, i valori e gli obiettivi che orientano e indirizzano la programmazione, progettazione e realizzazione di un sistema sociosanitario integrato al servizio dei bisogni delle persone, delle famiglie e delle comunità, si ricavano in particolare dalle indicazioni contenute nel PNRR, dalle norme legislative che hanno introdotto i LEPS e i LEA in materia di non autosufficienza e disabilità e riguardano:

- i caratteri di **universalità, uguaglianza ed equità** che connotano il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e regionale (SSR), che richiedono un rafforzamento della capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone, potenziando i servizi assistenziali territoriali, sociali e sanitari;
- la correlazione **indissolubile tra salute e ciò che a livello sociale incide nel determinare la salute e il ben-essere delle persone**, specialmente se non autosufficienti, con disabilità, sole o fragili ed esposte al rischio di grave marginalità, che impone di costruire compiuti sistemi integrati di servizi, organizzati su base territoriale, sviluppando una rete di assistenza di prossimità sul territorio più capillare e ampia, che tenga conto del quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e volti a consolidare e sviluppare il necessario Percorso assistenziale integrato;
- la **prossimità quale criterio ispiratore**, sia dal punto di vista della necessità di costruire e rafforzare reti di assistenza sul territorio capillari e vicine alle persone, sia dal punto di vista della valorizzazione delle risorse informali di prossimità e della solidarietà intergenerazionale e tra persone anziane, sia infine come prossimità e complementarità tra servizi, per garantire salute, continuità di cura e sicurezza

sociale. L'organizzazione delle reti dei servizi nell'ambito del distretto/ATS deve quindi ricomporre gli interventi sia del sistema dei servizi sociali che di quelli sanitari in una logica di sistema in cui i livelli essenziali delle prestazioni hanno come obiettivo la risposta alle esigenze delle persone in modo complessivo;

- la conseguente necessità di **costituzione di sistemi di servizi integrati** negli ambiti territoriali, a partire dai servizi sociali e sanitari;
- la **valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità** nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro caregiver, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.);
- il **potenziamento delle cure domiciliari**, affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- la **semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni**;
- la **valutazione e presa in carico multidimensionale ed integrata**;
- la **definizione di un progetto individualizzato** che individui i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza a domicilio, nell'ottica della deistituzionalizzazione;
- il **protagonismo** e la valorizzazione dell'apporto **delle persone destinatarie dei servizi e i caregiver** nella definizione del Progetto assistenziale.

PERCORSI, STRUMENTI, MODALITA' ORGANIZZATIVE

Il rispetto dei principi e il raggiungimento degli obiettivi previsti in materia di non autosufficienza e disabilità è supportato dalla definizione di percorsi, strumenti e modalità organizzative che le norme e indicazioni più sopra richiamate prevedono, e che vanno inserite nella realtà regionale che ha già sviluppato un sistema di *governance* in materia di integrazione sociosanitaria, come richiamato dalla programmazione regionale del Fondo nazionale per le non autosufficienze 2022-2024, di cui alla DGR n. 905 del 5 giugno 2023.

In Emilia-Romagna, infatti, l'integrazione tra politiche sociali e sanitarie a livello istituzionale è perseguita:

- a livello regionale nell'ambito della "Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie e sociali", composta da Regione, Comuni e AUSL;
- a livello territoriale intermedio nelle Conferenze Territoriali Sanitarie e Sociali;
- a livello distrettuale nei Comitati di distretto cui partecipano i Sindaci dei Comuni ed il Direttore di distretto della AUSL.

L'Accordo di programma di cui all'oggetto si incentra in particolare sui temi dell'integrazione organizzativa e professionale, per la quale le indicazioni nazionali hanno indicato come elementi qualificanti e imprescindibili:

- L'**accesso** delle persone in condizione di non autosufficienza ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari – garantito dal Servizio sanitario e dagli ATS mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza - **attraverso punti unici di accesso (PUA)**, che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario

denominate “Case della comunità” previste dal Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”;

Come ricordato anche nella Programmazione regionale per il triennio 2022-2024 del Fondo nazionale per le non autosufficienze, di cui alla propria deliberazione n. 905 del 5 giugno 2023, in Emilia-Romagna è già piuttosto consolidato un *percorso assistenziale integrato* analogo a quello descritto nel PNNA 2022-2024, che vede la presenza di una rete consolidata di Sportelli sociali che effettuano attività informative e di segretariato sociale ed una rete di professionisti sociali e sanitari che effettuano, per bisogni complessi, la valutazione multidimensionale nell'ambito dell’Unità di valutazione multidimensionale (UVM).

Occorre quindi, con la formalizzazione di un **Accordo di programma**, raccordare questo sistema con le indicazioni e gli strumenti richiamati più sopra, per garantire uniformità tra i diversi ambiti territoriali richiesta dal PNNA, anche con la valorizzazione degli Sportelli sociali esistenti, per garantire la massima capillarità di presenza sul territorio, rendendo quindi facilmente accessibile l’accesso alla rete dei servizi, e per evitare all’utente di doversi rivolgere a più sedi/soggetti.

- Lo sviluppo di strutture di prossimità, le **Case della Comunità (CdC)**, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento. La riforma dell’assistenza territoriale promossa dal DM n. 77 del 2022 è l’occasione per rimodulare e sviluppare ulteriormente la rete di strutture territoriali presenti sul territorio emiliano-romagnolo, ampliandone la visione, i format dei servizi e i processi di interazione multiprofessionale. Ad oggi sono attive 132 Case della Comunità di tipologia hub e spoke, che nel 2026 diventeranno complessivamente 185. Le CdC costituiscono un nodo della più ampia rete di offerta dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali e al tempo stesso sono parte integrante dei luoghi di vita della comunità locale e di partecipazione e di valorizzazione di tutte le risorse presenti, in cui si possa sviluppare l’empowerment dei cittadini, compresi percorsi di co-programmazione e co-progettazione. In questa accezione, la CdC include sia i servizi erogati direttamente dal SSR sia quelli erogati da altri attori come Enti Locali, soggetti accreditati, farmacie dei servizi, reti sociali e di volontariato: la CdC è il luogo in cui si esprimono e si integrano–le prestazioni e le attività offerte da tutti gli attori che si prendono cura della salute della comunità nel territorio di riferimento.

  L’integrazione viene promossa sin dall’accesso ai servizi sociosanitari potenziando i PUA, il primo luogo di informazione e **accesso** ai servizi a cui seguono, nell’ambito del percorso di presa in carico della persona non autosufficiente e con disabilità al fine del raggiungimento di autonomia e indipendenza, le ulteriori fasi della **valutazione multidimensionale** e il **progetto personalizzato**, nonché il **budget di salute e comunità.**

  Al fine della definizione di quest’ultimo si richiama quanto prevede l’articolo 4 “*Delega al Governo in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti*”, comma 2, lettera l), n. 3) della legge 23 marzo 2023, n. 33 “*Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane*”, laddove si definisce il “**Budget di cura e assistenza**” come lo strumento per

la ricognizione, in sede di definizione del Progetto assistenziale, delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali e delle risorse complessivamente attivabili ai fini dell'attuazione del medesimo progetto.

Nell'ambito del budget di cura e assistenza la persona esprime la piena autodeterminazione nella gestione dei percorsi assistenziali.

Per il potenziamento delle equipe operanti presso i PUA è stato previsto, nell'ambito del Fondo per le non autosufficienze, un finanziamento di 20 milioni per l'anno 2022 e di 50 milioni per ciascuno degli anni 2023 e 2024, per l'**assunzione a tempo indeterminato di personale con professionalità sociale**.

- Ai fini dello sviluppo dell'integrazione organizzativa nei PUA, sarà strategica l'adozione di modelli organizzativi che prevedano il pieno utilizzo della **Telemedicina**, sia verso le persone da prendere in carico e per la gestione dei loro percorsi (telemonitoraggio televisita, ecc), sia per le collaborazioni strutturate tra i professionisti del PUA.

L'ACCORDO DI PROGRAMMA

L'Accordo di programma in materia di integrazione sociosanitaria per le persone con non autosufficienza o disabilità:

- deve essere coerente con lo Schema-tipo allegato al PNNA 2022-2024 e può essere adattato alle diverse realtà distrettuali, fermi restando i principi e gli elementi essenziali;
- è stipulato a livello dei singoli ambiti territoriali sociali/Distretti dai rappresentanti degli ATS e dell'AUSL;
- riguarda la realizzazione nell'ambito territoriale del LEPS di processo "Percorso assistenziale integrato", ed esprime la necessaria intesa istituzionale richiesta a questo scopo insieme agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa che ne garantiscono la piena attuazione;
- deve articolare il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o con disabilità nelle macrofasi di: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale individualizzato, monitoraggio degli esiti di salute, nel rispetto dei principi, valori ed obiettivi più sopra indicati;
- può dare luogo a successivi protocolli operativi che approfondiscono e specificano aspetti organizzativi, professionali, amministrativi, contabili;
- ha come obiettivo la definizione del sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale, in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti; a questo scopo deve definire:
  - le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;

- i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio;
- la valutazione del sistema integrato;
- i progetti innovativi che permettano il diffondersi del metodo del budget di cura e assistenza;

▪ deve definire le risorse umane, strumentali e finanziarie fornite dalle AUSL tramite il Distretto sanitario e dalle Amministrazioni locali che compongono l'ATS per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le modalità organizzative per garantire la funzionalità delle equipe multiprofessionali e le attività di formazione del personale. Ogni PUA deve garantire la disponibilità di una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi, con il compito di garantire accoglienza, ascolto e prevalutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale; in particolare deve essere garantita – sulla base del bisogno dell'utente - presso ogni PUA la disponibilità:

- di personale con professionalità sociale e sanitaria appartenente agli ATS e al Distretto;
- di adeguati servizi amministrativi e tecnici;
- di eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale.

Le modalità organizzative di lavoro dei professionisti coinvolti nelle diverse fasi del Percorso assistenziale integrato come sopra indicato, dall'accesso alla formulazione del piano assistenziale individualizzato, devono essere definite tenendo conto dell'obiettivo della semplificazione per il cittadino, che eviti duplicazioni e oneri evitabili per ottenere la soddisfazione del bisogno espresso, quali ad esempio il rimando del cittadino da un punto ad un altro della rete.

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con tutti i presidi sanitari e sociali presenti nell'ambito territoriale.

Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire, quando necessaria, la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata; allo stesso tempo definiscono la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.

Fermo restando che l'accesso delle persone in condizione di non autosufficienza o loro caregiver ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari deve avvenire attraverso i PUA, che hanno la sede operativa presso le Case della comunità, l'Accordo di programma può individuare, nelle more del completamento della realizzazione delle previste Case della Comunità, anche altri luoghi analoghi, che rispettino i requisiti di accessibilità e facile individuazione per l'utenza, ferma restando la rete degli Sportelli sociali quale altro luogo di primo accesso; deve quindi essere definita l'integrazione della rete degli Sportelli sociali nella più complessiva rete del sistema sociosanitario, al fine di realizzare gli obiettivi di facilità di accesso e semplificazione per l'utenza e la realizzazione della presa in carico integrata, evitando l'onere per il cittadino di effettuare accessi duplicati.

L'Accordo di programma può inoltre prevedere che l'operatività delle equipe per la valutazione multidimensionale sia garantita anche attraverso i mezzi ed i sistemi che le tecnologie informatiche offrono, assicurando in ogni caso che l'equipe integrata di ambito sia composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario regionale e agli ATS.

La programmazione regionale del Fondo nazionale per le non autosufficienze 2022-2024 (DGR n. 905 del 5 giugno 2023) prevede per il 2023 come obiettivi di servizio la definizione dell'Accordo di programma in oggetto.

L'Obiettivo 2.14. "Servizi socio-sanitari per la non autosufficienza" della programmazione sanitaria regionale 2023 (DGR n. 1237 del 17 luglio 2023) prevede che le AUSL assicurino l'implementazione degli accordi previsti dal PNNA 2022-2024 mediante la stipula, in ciascun ambito distrettuale, dell'Accordo di programma di costituzione e funzionamento del PUA e dell'équipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario, prevedendo nell'accordo i seguenti contenuti o allegati specifici:

- definizione del modello organizzativo per il funzionamento dell'équipe integrata dell'ambito territoriale sociale e dell'ambito territoriale sanitario;
- strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario;
- procedura operativa che vincoli l'utilizzo della scheda di "Riconoscimento del caregiver famigliare" (determinazione n. 15465 del 10 settembre 2020) in fase di primo accesso.

LE CARATTERISTICHE DEL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il Punto unico di accesso (PUA) è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi.

Destinatari

- persone con disabilità e persone non autosufficienti nella loro trasversalità senza limiti di età;
- situazioni di fragilità sociale e sanitaria, per i quali creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.

Accesso

- sia presso le Case della comunità, all'interno delle quali è presente uno spazio di operatività per i professionisti sanitari e sociali;
- sia presso gli sportelli sociali.

Funzioni

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, ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;

b) agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari;

c) prima valutazione contestuale all'accesso, oppure realizzata in un momento successivo compatibilmente con la vulnerabilità, il rischio, e l'urgenza della situazione;

d) valutazione multidimensionale, anche per il tramite dell'impianto di valutazione e presa in carico sociosanitaria già consolidato nei territori;

e) definizione del progetto assistenziale individualizzato, con il coinvolgimento del destinatario degli interventi e del caregiver;

f) monitoraggio dell'andamento del progetto assistenziale individualizzato, a cui possono seguire eventuali rivalutazioni conseguenti al cambiamento della situazione;

g) fornire elementi conoscitivi per il monitoraggio delle situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di potere creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.

Garanzia

- accesso unitario per i bisogni assistenziali sia sociali che sanitari, evitando l'onere per il cittadino di effettuare accessi duplicati;
- coordinamento operativo con gli altri snodi organizzativi della rete (es. Centrale operativa territoriale (COT), Infermiere di famiglia e comunità (IFoC), medico di medicina generale (MMG), servizio sociale territoriale (SST), servizi sanitari specialistici.

Responsabilità

Tenuto conto che l'Ufficio di Piano rappresenta il luogo dove – a livello tecnico – si realizza l'integrazione sociosanitaria, il Responsabile dell'Ufficio di Piano e il Direttore di Distretto costituiscono l'**Ufficio sociosanitario integrato di ambito** previsto dal PNNA 2022-2024, responsabile e garante della realizzazione degli obiettivi di integrazione gestionale e professionale tra ATS e distretti; l'Ufficio sociosanitario integrato di ambito in particolare:

- sovrintende alla gestione e realizzazione delle attività ed obiettivi previsti dall'Accordo di programma in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità, anche con funzioni di impulso;
- verifica periodicamente il funzionamento dei PUA e delle equipe di valutazione multidimensionale;
- interviene per risolvere eventuali situazioni caratterizzate da disallineamento valutativo da parte dei componenti della équipe multiprofessionale;
- riferisce periodicamente ai soggetti sottoscrittori dell'Accordo di programma in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità sul grado di realizzazione degli obiettivi definiti.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Massimo Zucchini, Responsabile di AREA SOCIOSANITARIA - ANZIANI E PERSONE CON DISABILITÀ esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2023/2295

IN FEDE

Massimo Zucchini

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Luca Baldino, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 468/2017 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2023/2295

IN FEDE

Luca Baldino

OMISSIS

L'assessore Segretario

Corsini Andrea

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi