



# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

## di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio -  
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise  
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara  
Salcito San Biase - Sant' Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturò

**DELIBERA N. 2**

**DEL 30/04/2024**

### VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL COMITATO DEI SINDACI

**OGGETTO: approvazione del Piano di Attuazione Locale (PAL) relativo alla programmazione della Quota Servizi Fondo Povertà anno 2022.**

Dei signori componenti il Comitato dei Sindaci risultano:

Sindaco del Comune di	Campobasso	X
Sindaco del Comune di	Baranello	X
Sindaco del Comune di	Busso	
Sindaco del Comune di	Casalciprano	X
Sindaco del Comune di	Castelbottaccio	
Sindaco del Comune di	Castropignano	
Sindaco del Comune di	Duronia	
Sindaco del Comune di	Ferrazzano	X
Sindaco del Comune di	Fossalto	
Sindaco del Comune di	Limosano	
Sindaco del Comune di	Lucito	
Sindaco del Comune di	Mirabello Sannitico	X
Sindaco del Comune di	Montagano	X
Sindaco del Comune di	Molise	
Sindaco del Comune di	Oratino	
Sindaco del Comune di	Petrella Tifernina	
Sindaco del Comune di	Pietracupa	X
Sindaco del Comune di	Ripalimosani	X
Sindaco del Comune di	Roccavivara	
Sindaco del Comune di	Salcito	X
Sindaco del Comune di	San Biase	
Sindaco del Comune di	Sant' Angelo Limosano	
Sindaco del Comune di	Torella del Sannio	
Sindaco del Comune di	Trivento	
Sindaco del Comune di	Vinchiaturò	X

Presenti 10 Assenti 15



# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

## di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno  
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise  
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara - Salcito  
San Biase - Sant'Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturro

DELIBERA N. 2

DEL 30/01/2024

**OGGETTO: approvazione del Piano di Attuazione Locale (PAL) relativo alla programmazione della Quota Servizi Fondo Povertà anno 2022.**

### IL COMITATO DEI SINDACI

*Dell'Ambito territoriale Sociale di Campobasso*

Premesso che:

- Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali con proprio decreto legislativo n. 147 del 15 settembre 2017, recante "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" ha istituito il Reddito di inclusione, quale misura unica a livello nazionale di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale;
- l'art 21 del decreto legislativo n.147/2017 istituisce la Rete della protezione e dell'inclusione sociale e, in particolare, il comma 6, lett. b), che prevede che la Rete elabori un Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, quale strumento programmatico per l'utilizzo della risorse della quota del Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale, nonché il comma 7, che prevede che il Piano abbia natura triennale con eventuali aggiornamenti annuali e che il Piano medesimo sia adottato nelle medesime modalità con le quali i fondi cui si riferisce sono ripartiti alle regioni;
- con il successivo "Decreto Lavoro 2023" (D.L. 4 maggio 2023, n. 48, convertito con modificazioni in Legge 3 luglio 2023, n. 85) sono state introdotte nuove misure di inclusione sociale e lavorativa, istituendo, tra gli altri, l'**Assegno di inclusione (ADI)** che sostituisce di fatto dal 01/01/2024 il precedente Reddito di Cittadinanza;
- L'Assegno di inclusione (ADI) è istituito, a decorrere dal 1° gennaio 2024, quale misura di sostegno economico e di inclusione sociale e professionale, rivolta ai componenti di nuclei familiari con disabilità, come definita ai fini I.S.E.E., nonché dei componenti minorenni o con almeno sessant'anni di età ovvero di componenti in condizione di svantaggio e inseriti in programmi di cura e assistenza dei servizi socio sanitari territoriali certificati dalla pubblica amministrazione. La misura è condizionata al possesso di requisiti di residenza, cittadinanza e soggiorno, alla prova dei mezzi sulla base dell'ISEE, alla situazione reddituale del beneficiario e del suo nucleo familiare e all'adesione a un percorso personalizzato di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa.

**Considerato atto** che il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per dare attuazione agli interventi di supporto previsti per le misure nazionali di sostegno al reddito, concede agli Ambiti Territoriali Sociali i fondi relativi alla "*Quota Servizi Fondo Povertà*".



# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno  
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise  
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccapavara - Salcito  
San Biase - Sant'Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturu

---

## **Preso atto altresì che:**

- il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze – Direzione generale per la lotta alla Povertà e alla programmazione Sociale, con proprio Decreto del 30 dicembre 2021 (GU Serie Generale n.44 del 22-02-2022) ha adottato il primo Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà, relativo al triennio 2021-2023;
- Le risorse afferenti al Fondo Povertà sono pari complessivamente a 619.000.000 euro per il 2021, 552.094.934 euro per il 2022 e 439.000.000 euro per il 2023, di cui € 2.831.484 per la Regione Molise per l'annualità 2022 pari allo 0,52 del Fondo;
- all'ATS di Campobasso sono assegnati € 791.000,43 secondo i criteri di ripartizione nazionali per l'annualità 2022 del Fondo Povertà, come da documento ministeriale di riparto allegato al presente atto;

## **Dato atto che:**

-l'Ambito Territoriale Sociale di Campobasso, come richiamato nelle Linee Guida per l'impiego della "Quota Servizi del Fondo Povertà" anno 2022/2023, è chiamato ad approvare *Il Piano di Attuazione Locale (PAL)*, ossia il modello programmatico messo a disposizione dei territori per agevolare la programmazione e la valutazione degli interventi di competenza dei servizi sociali dei Comuni e degli Ambiti territoriali in favore di beneficiari dell'Assegno di Inclusione; principalmente in attuazione dei Patti per l'Inclusione Sociale;

- il PAL illustra in modo sintetico gli interventi programmati per il rafforzamento dei servizi finanziati a valere sulla Quota Servizi Fondo Povertà (QSFP) anno 2022;

**Tenuto conto che** l'ATS di Campobasso intende programmare la "Quota Servizi del Fondo Povertà" anno 2022 nella seguente modalità, ai sensi delle citate Linee guida Ministeriali per un importo complessivo di € 791.000,43 per il periodo compreso tra il 01/05/2024 al 30/04/2025:

- 1) Il rafforzamento del servizio sociale professionale;
- 2) Il rafforzamento degli interventi di inclusione:
  - a) tirocini finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione;
  - b) Sostegno socioeducativo domiciliare o territoriale;
  - c) assistenza domiciliare socio-assistenziale e servizi di prossimità;
  - d) sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare;
  - e) Servizio di mediazione culturale;
  - f) Servizi di Pronto intervento sociale (PIS);
- 3) Adeguamento dei sistemi informativi;
- 4) Attivazione e realizzazione dei Progetti utili alla collettività (PUC).



# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

## di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno  
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise  
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara - Salcito  
San Biase - Sant'Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturo

---

**Ritenuto**, pertanto, di condividere pienamente le finalità che con i fondi in parola vengono perseguiti e per l'effetto di:

- **Approvare** il Piano di Attuazione Locale (PAL) relativo alla programmazione della Quota Servizi Fondo Povertà, anno 2022 per i servizi di supporto ai beneficiari dell'Assegno di Inclusione e in situazione di povertà, ivi compresi eventuali costi per l'adeguamento dei sistemi informativi dei Comuni, singoli o associati, nonché gli oneri per l'attivazione e la realizzazione dei PUC, questi ultimi anche in favore dei beneficiari del Supporto per la Formazione e il Lavoro (SFL) in carico al Centro per l'Impiego;
- **demandare** al Direttore dell'Ufficio di Piano l'adempimento degli atti gestionali scaturenti dal presente provvedimento;

**Visto** l'art. 147-bis, comma 1, del T.U.E.L. approvato con D.Lgs n. 267 del 18.08.2000 modificato dalla legge di conversione, legge 7 dicembre 2012, n. 213, ai sensi del quale si esprime il parere di regolarità tecnica attestante la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa del presente provvedimento;

**Visto** il Regolamento del Comitato dei Sindaci;

Con voti 10 resi nelle forme di legge;

### DELIBERA

*Per tutto quanto espresso in premessa e qui integralmente richiamato:*

- 1) **Approvare** il Piano di Attuazione Locale (PAL) relativo alla programmazione della Quota Servizi Fondo Povertà, anno 2022 per i servizi di supporto ai beneficiari dell'Assegno di Inclusione e in situazione di povertà, ivi compresi eventuali costi per l'adeguamento dei sistemi informativi dei Comuni, singoli o associati, nonché gli oneri per l'attivazione e la realizzazione dei PUC, questi ultimi anche in favore dei beneficiari del Supporto per la Formazione e il Lavoro (SFL) in carico al Centro per l'Impiego”.
- 2) Di demandare al Direttore dell'Ufficio di Piano l'adempimento di tutti gli atti gestionali scaturenti dal presente provvedimento;
- 3) di pubblicare il presente atto sul sito dell'Ambito [www.ambitosocialecb.it](http://www.ambitosocialecb.it);
- 4) di dare immediata esecutività al presente atto, ai sensi dell'art. 134 comma 4 del D.Lgs. 267/2000, per la necessità di porre in essere gli atti consequenziali.



# AMBITO TERRITORIALE SOCIALE

## di CAMPOBASSO

Campobasso - Baranello - Busso - Casalciprano - Castelbottaccio - Castellino del Biferno  
Castropignano - Duronia - Ferrazzano - Fossalto - Limosano - Lucito - Mirabello Sannitico - Molise  
Montagano - Oratino - Petrella Tifernina - Pietracupa - Ripalimosani - Roccavivara - Salcito  
San Biase - Sant'Angelo Limosano - Torella del Sannio - Trivento - Vinchiaturò

---

5) di trasmettere il presente atto alla Regione Molise.

**PIANO DI ATTUAZIONE LOCALE (PAL)**

**QSFP ANNUALITÀ 2022**

**MOLISE**

**AMBITO TERRITORIALE SOCIALE DI CAMPOBASSO**

**COMUNE DI CAMPOBASSO**

*gg/mm/aa*

**COMITATO DEI SINDACI**

*Sommario*

**A. Analisi di contesto a supporto dell'elaborazione della parte B**

Tabella 1 – Contesto istituzionale e demografico

**B. Programmazione della Quota Servizi Fondo Povertà (QSFP) 2022**

Tabella 2 – Impiego e utilizzo delle diverse annualità

Tabella 3 – Dotazione complessiva per l'annualità

Tabella 4 – Dettaglio costi per il Potenziamento Servizio sociale professionale a valere sulla (

Tabella 5 - Interventi e servizi di inclusione da sostenere con la QSFP 2022

**Tabella 1 – Contesto istituzionale e demografico**

**Riportare il dato a livello di Ambito territoriale. Indicare il dato di stock al 31.12.2023**

	Dato aggregato relativo a ATS
Popolazione residente dell'ATS	77.789
Numero di Comuni dell'ATS	25
Distretto sanitario di riferimento	CAMPORBASSO
Cpl di riferimento	CAMPORBASSO

Dato da recuperare su DemoSTAT  
(<https://demo.istat.it/>)

[Ritorna a sommario](#)

Tabella 2 – Impiego e utilizzo delle diverse annualità della Quota Servizi del Fondo Povertà

Annualità	Alla data del 31/03/2024						
	Trasferito	Impegnato	Impegnato in %	Speso *	Speso in %	Rendicontato **	Rendicontato in %
OSFP 2018	372.881,68 €	372.881,68 €	100%	367.658,74 €	99%	367.658,74 €	99%
OSFP 2019	521.685,00 €	521.685,00 €	100%	508.008,65 €	97%	508.008,65 €	97%
OSFP 2020	827.586,18 €	827.586,18 €	100%	827.586,18 €	100%	692.917,79 €	84%
OSFP 2021	833.612,89 €	833.612,89 €	100%	321.597,06 €	39%	0	0%
<b>TOTALE</b>	<b>2.555.765,75 €</b>	<b>2.555.765,75 €</b>	<b>100%</b>	<b>2.024.850,63 €</b>	<b>79%</b>	<b>1.568.585,18 €</b>	<b>61%</b>

\* Il dato è per competenza, quindi non è necessario che sia anche liquidato

\*\* Dato da recuperare dalla piattaforma MULTIFONDO

[Ritorna a sommario](#)



**Tabella 3 – Dotazione complessiva per l'annualità**  
*(QSFP 2022 + risorse derivanti da eventuali rimodulazioni e/o economie da precedenti annualità)*

<b>AZIONI</b>	<b>QSFP 2022</b>	<b>%</b>
1. Potenziamento del Servizio Sociale Professionale	197.750,11 €	25,00%
2. Rafforzamento dei servizi per l'inclusione <i>di cui per PIS</i>	275.109,95 € 46.669,03 €	34,78% 5,90%
3. Servizi di segretariato sociale	229.231,92 €	28,98%
4. Sistemi informativi	7.910,00 €	1,00%
5. PUC – Progetti Utili alla Collettività	80.998,44 €	10,24%
<b>TOTALE</b>	<b>791.000,43 €</b>	<b>100,00%</b>

[Ritorna a sommario](#)

Tabella 4 – Dettaglio costi per il Potenziamento Servizio sociale professionale a valere sulla OSFP 2022 (previsione)

Voci di costo	Importo OSFP	In %
Assistenti sociali	182.350,19	92%
Formazione	6.217,10	3%
Costi di trasporto	0	0%
Beni strumentali	5040	3%
Altro (es. affitto di locali...)	4142,817	2%
<b>TOTALE</b>	<b>197.750,11</b>	<b>1</b>
<b>Descrizione dell'azione di potenziamento del servizio sociale professionale:</b> [Completare se si ritiene utile fornire elementi ulteriori sull'azione programmata]		

[Ritorna a sommario](#)

Tabella 5 - Interventi e servizi di inclusione da sostenere con la QSFP 2022

TIPO DI INTERVENTO	Modalità di erogazione (indicare con una %)		Importo QSFP 2021 (in Euro)
	Diretta (%)	Indiretta (%)	
Tirocini di inclusione sociale		100,00%	24.990,00 €
Sostegno socioeducativo domiciliare o territoriale		100,00%	59.785,34 €
Assistenza domiciliare socioassistenziale e servizi di prossimità		100,00%	48.254,68 €
Sostegno alla genitorialità e servizio di mediazione familiare		100,00%	91.846,43 €
Servizio di mediazione culturale		100,00%	3.564,47 €
Servizio di pronto intervento sociale		100,00%	46.669,03 €
<b>TOTALE</b>			<b>275.109,95 €</b>

Eventuali profili professionali impiegati per la realizzazione degli interventi previsti dal Pais e dell'Equipe di valutazione multidimensionale	N° teste	Importo QSFP 2022	Specifiche
Amministrativi	2	40.923,47 €	
Altri profili: Educatori professionali, Psicologi, Operatori sociali	13	151.482,39 €	
<b>Totali</b>	<b>17</b>	<b>214.071,23 €</b>	

Tabella 6 – Servizi di segretariato sociale per la promozione e diffusione delle misure di contrasto alla povertà da sostenere con la QSPF 2022

N° sedi di segretariato sociale	Numero ore apertura (settimanali)	Profili professionali impiegati	Risorse Umane impiegate (teste)	Importo QSPF 2021	Specifiche
		Assistenti sociali:	3	52.959,79 €	
		Amministrativi	3	32.498,05 €	
		Altri profili: Addetti allo sportello	5	119.761,34 €	
		Altre spese: Attività di informazione e sensibilizzazione - formazione - Costi di trasporto - Dotazione strumentale - Materiale di consumo		24.012,74 €	
		<b>TOTALE</b>	<b>11</b>	<b>229.231,92 €</b>	

[Ritorna a sommario](#)

Tabella 7 – PUC da sostenere con la OSFP 2022

Ambito tematico PUC	N° progetti che si prevede di attivare	Modalità di erogazione*			N° beneficiari RdC che si prevede di coinvolgere
		Diretta	Indiretta pubblica	Indiretta privata	
Sociale	12			X	120
Culturale	5			X	90
Artistico					
Ambiente	15			X	190
Formativo					
Tutela dei beni comuni	6			X	40
<b>TOTALE</b>	<b>38</b>				<b>440</b>

Descrizione dell'azione di attivazione e realizzazione PUC: il numero dei beneficiari da coinvolgere è stimato in base alle precedenti annualità di gestione e ai posti complessivi messi a disposizione da parte dei Comuni nell'anno 2023. Il numero dei beneficiari del PUC realmente attivati potrebbe essere inferiore.

\* indicare con una X la modalità

Ritorna a sommario

Esempio	Indicazioni per la compilazione:
"Indicare il dato di stock al 31.12.2021"	Si prega di voler seguire le consegne indicate in rosso nell singole tabelle
Tab.5, celle C11, D11	Le celle in grigio non sono da compilare
Tab.02, colonne D, F, H #DIV/0!	Alcune celle contengono formule preimpostate frutto di rapporti con altre celle: non compilare



# **REGIONE MOLISE**

## **GIUNTA REGIONALE**

**DIPARTIMENTO VALORIZZAZIONE DEL CAPITALE UMANO**

**(cod. DP.A3.03.3H.01) SERVIZIO PROGRAMMAZIONE DELLE POLITICHE SOCIALI**

**DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE N. 3675 DEL 19-07-2023**

**OGGETTO: D.G.R. N. 131 DEL 21.04.2023 - SCHEMA DI ACCORDO INTER-ISTITUZIONALE TRA REGIONE, ATS E ASREM PER L'ATTUAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO DELLE PERSONE IN CONDIZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA O DISABILITÀ. APPROVAZIONE.**

---

La presente proposta di determinazione è stata istruita e redatta dalla Struttura di Servizio che esprime parere favorevole in ordine alla legittimità della stessa.

L'Istruttore/Responsabile d'Ufficio  
**ALESSANDRO CAPPUCCIO**

Campobasso, 19-07-2023

---

## IL DIRETTORE DEL SERVIZIO

**RICHIAMATA** la L. 234/2021 (legge di bilancio 2022) che all'art. 1

- commi 162 e 163 fissa i Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS) per gli anziani non autosufficienti sia per l'erogazione dei servizi (LEPS di erogazione) che per l'organizzazione e il funzionamento del sistema locale integrato sociosanitario (LEPS di processo);
- comma 160 qualifica gli ambiti territoriali sociali (ATS) quale sede necessaria in cui programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi;

**VISTO** il nuovo Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 – cd PNNA 2022-2024 – adottato con D.P.C.M. del 03.10.2022, pubblicato sulla GU n. 294 del 17 dicembre 2022, individua, in attuazione della Legge 234/2021 (legge di bilancio 2022), i seguenti livelli essenziali delle prestazioni sociali per le persone anziane non autosufficienti, da assicurare, altresì, come obiettivo di servizio, anche alle persone in condizione di disabilità grave e gravissima:

- a) LEPS di erogazione riferiti ai servizi di cui all'art. 1 c. 162 lett. a), b) e c) della L.234/2021, integrati dai contributi monetari diretti o indiretti (voucher ed assegni di cura), di cui all'art. 1 c. 164 della predetta legge;
- b) LEPS di processo come definito all'art. 1 c. 163 della L.234/2021 con esplicito riferimento all'art. 21 DPCM 12.01.2017 sostenuto da un Accordo di collaborazione interistituzionale tra Regione, ATS ed Azienda Sanitaria Locale (schema modello allegato A del PNNA) funzionale alla realizzazione della necessaria cooperazione interorganizzativa e interprofessionale tra i due sistemi ancorché a garanzia dell'esigibilità dei vigenti LEPS e LEA in materia di non autosufficienza, tesi garantire prioritariamente la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio assicurando i servizi in forma integrata ed unitaria.
- c) Azioni di rafforzamento/supporto riferite ai contenuti di cui all'art.1 c. 166 della L.234/2021 che riguardano lo sviluppo del sistema dei servizi svolte direttamente dal MLPS e il potenziamento della dotazione organica degli ATS in termini di rafforzamento delle professionalità sociali nel PUA.

**CONSIDERATO** che:

-le Regioni adottano un piano regionale per la programmazione dei servizi e degli interventi necessari per l'attuazione del PNNA 2022-2024;

-con D.G.R. n. 131 del 21.04.2023 la Regione Molise ha adottato il programma regionale FNA 2022-2024;

-lo schema-tipo di accordo interistituzionale (allegato A PNNA) è adottato dal livello regionale con un provvedimento che può anche coordinare l'intesa con gli strumenti regionali vigenti in materia di integrazione socio-sanitaria;

-detta intesa diventa, quindi, azione infrastrutturale di sistema da implementare nella prima annualità attesa la sua propedeuticità alla realizzazione effettiva dei servizi ed interventi previsti, ovvero dei LEPS succitati;

**RAVVISATA**, pertanto, le necessità di procedere interistituzionale, in esecuzione del PNNA 2022 -2024 e del relativo programma regionale sopra richiamato, all'approvazione dell'accordo di collaborazione interistituzionale coordinandolo con l'attuale assetto organizzativo del sistema locale integrato socio sanitario, di cui alle Linee Guida per l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari e socio assistenziali gli strumenti PUA, UVM e PAI, giusta D.G.R. n. 447 del 28.11.2017.

## DETERMINA

Per quanto espresso in narrativa, che qui si intende integralmente riportato

1. di approvare, in esecuzione del PNNA 2022-2024 e del relativo Programma Regionale, lo schema di Accordo inter-istituzionale tra Regione, ATS e ASReM per l'attuazione del percorso assistenziale integrato delle persone in condizione di non autosufficienza o disabilità, che, allegato al presente provvedimento, ne costituisce parte integrante e sostanziale – ALLEGATO A;
2. di dare atto che lo schema del predetto Accordo è stato redatto sulla base del modello allegato al PNNA 2022-2024 all'uopo adeguato all'attuale assetto organizzativo del sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, di cui alle Linee Guida per l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari e socio assistenziali approvate con D.G.R. n. 447 del 28.11.2017;
3. di dare atto, altresì, che la stipulazione del succitato accordo costituisce inderogabile adempimento preliminare alla realizzazione dei LEPS di erogazione e del LEPS di processo in materia di non autosufficienza ai sensi dell'art. 1 c. 162 e 163 della Legge 234/2021 (Legge di bilancio 2022) e del PNNA 2022-2024;
4. di stabilire che il predetto accordo dovrà essere stipulato in modalità elettronica con firma digitale in formato P7m nel termine del 31 agosto 2023 a livello dei singoli ambiti territoriali dal Direttore del



Servizio Programmazione delle Politiche Sociali della Regione Molise, dal Presidente del Comitato dei Sindaci, dal Direttore Generale dell'ASReM, dal Responsabile dell'Ufficio di Piano e dal Direttore del Distretto Sanitario;

5. di notificare il presente provvedimento, per il seguito di competenza, agli Ambiti Territoriali Sociali e alla Direzione Generale dell'ASReM.

SERVIZIO PROGRAMMAZIONE DELLE  
POLITICHE SOCIALI  
IL DIRETTORE  
ALESSANDRO CAPPuccio

Documento Informatico sottoscritto con firma digitale ai sensi dell'Art.24 del D.Lgs. 07/03/2005, 82

# Allegato A

## Schema Accordo di Programma

*logo ASReM*

*logo Regione*

*logo ATS*

### **ACCORDO DI PROGRAMMA**

#### **Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024**

#### **Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità**

Il presente Accordo Interistituzionale definisce e regola i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale in materia, necessarie per sviluppare il Percorso assistenziale integrato all'interno dell'ambito territoriale, secondo le tre aree di responsabilità Istituzionale, Gestionale/Organizzativa e Professionale.

A questo scopo l'Accordo delinea il quadro di riferimento sia per l'intesa istituzionale, sia per le misure dedicate all'integrazione organizzativa e interprofessionale. L'Accordo declina gli impegni reciproci che le parti assumono in attuazione del LEPS di Processo come definito dalla programmazione nazionale, e reca tre allegati che definiscono:

- A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.
- B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.
- C. Indicazioni per il coordinamento tra LEPS sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

## Accordo di Programma

La Regione Molise, rappresentata dal Direttore del Servizio Programmazione delle Politiche Sociali, ..... nato/a il.....C.F.....

Il Comitato dei Sindaci dell'ATS di ....., rappresentato dal Presidente..... nato/a il.....C.F.....

L'Azienda sanitaria locale ASReM, rappresentata dal Direttore Generale ..... nato/a il.....C.F.....

Il Responsabile/Direttore dell'Ufficio di Piano dell'ATS di.....nato/a il.....C.F.....

Il Direttore del Distretto Sanitario di ..... nato/a il.....C.F.....

Considerate la Legge 33/2017, il D.lgs. 147/2017 e la Legge 234/2021;

Richiamati il D.P.C.M. 29 novembre 2001 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza' e il D.P.C.M 12 gennaio 2017 'Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza';

Allo scopo di disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria e, nello specifico del presente Atto, per le persone con non autosufficienza o disabilità;

### CONVENGONO

#### Titolo I – Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione

##### Art 1 - Finalità

Il presente Accordo di Programma, ai sensi della normativa richiamata in premessa intende avviare un processo di integrazione dei servizi e tra servizi che, attraverso l'identificazione degli ambiti sui quali intervenire prioritariamente, consenta di definire e attuare:

- a) il 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;
- b) le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- c) i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato;
- d) progetti innovativi che permettano il diffondersi del metodo del budget di salute, sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

##### Art. 2 - Oggetto

Per l'ambito territoriale ....., il presente Accordo di Programma definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessari per l'attuazione del **Livello**

**Essenziale delle Prestazioni** relativo al Processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità, che necessitano di interventi di tipo sia sociale che sanitario, secondo le disposizioni del Comma 163 della L. 234/2021.

#### Art. 3 - Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o con disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale individualizzato, monitoraggio degli esiti di salute, come definite all'allegato A del presente Accordo.

#### Art. 4 - Cooperazione interprofessionale

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 234/2021, e come definito all'allegato A del presente accordo, la cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. L'equipe integrata assicura la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato, e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi.

#### Art. 5 - Cooperazione organizzativa

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 234/2021, e come definito all'allegato B del presente accordo, il percorso assistenziale integrato è garantito all'interno dell'ambito territoriale sociale (ATS), 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 equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS, che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, trovano applicazione le disposizioni regolamentari sul PUA di cui alle Linee Guida per l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari e socio assistenziali approvate con D.G.R. n. 447 del 28.11.2017.

#### Art. 6 - Modalità di integrazione degli interventi

In riferimento alle disposizioni del Comma 160 della L. 234/2021, e come definito all'allegato C del presente accordo, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) 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. L'erogazione di interventi, servizi o attività, secondo modalità dirette o indirette, è necessariamente definita dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) elaborato nell'ambito del percorso assistenziale. Lo stesso PAI definisce anche l'indispensabile integrazione puntuale tra interventi, servizi o attività riferiti a LEP sociali e corrispondenti interventi, servizi o attività definiti dai LEA sanitari quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute accertati e valutati. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario pongono in essere tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale e programmatico, che a livello organizzativo e professionale.

## **Titolo II – Organizzazione e strumenti**

### **Art. 7 - Programmazione integrata**

Il primo passo per l'integrazione sociosanitaria è la programmazione congiunta, funzione strategica che definisce, sulla base di priorità e obiettivi comuni, gli interventi sinergici da mettere in campo, le risorse a disposizione e condivise, i processi e le procedure di attuazione. Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare interventi e risposte assistenziali adeguate. L'approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, permette di rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari, presenti all'interno del Piano sociale di Zona e del Programma delle Attività Territoriali.

### **Art. 8 - Percorso assistenziale integrato**

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali. La programmazione condivisa tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso assistenziale.

### **Art. 9 - Sistema unitario di accesso e PUA**

La funzione di accesso costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle missioni 5 e 6 del PNRR. Il Punto Unico di Accesso rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari rivolta, in particolare, a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e interventi sociali. In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo integrato e capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale, sanitaria e sociosanitaria. Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi.

### **Art. 10 - Equipe integrata di ambito e Unità di valutazione multidimensionale**

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i

processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Le amministrazioni locali e l'azienda sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona. Nello specifico, per tutto quanto concerne il funzionamento e la composizione minima dell'UVM si fa rinvio formale e ricettizio alle disposizioni regolamentari sull'UVM, di cui alle Linee Guida per l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari e socio assistenziali approvate con D.G.R. n. 447 del 28.11.2017.

#### **Art. 11 - Piano assistenziale individualizzato**

Il Piano assistenziale individualizzato costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, un unico PAI che ricomprende tutte gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare. L'equipe integrata, ovvero l'UVM definisce gli obiettivi di salute dei servizi e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita. L'equipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI. Ai fini del presente accordo, le parti adottano lo schema di PAI allegato al Piano operativo regionale per l'attuazione del Programma Regionale per la non autosufficienza FNA 2022-2024.

#### **Art. 12 - Budget di salute e di comunità**

Ai fini di prevenire l'istituzionalizzazione garantendo i diritti fondamentali, civili, sociali, alla salute riconoscendo il protagonismo e la libertà di scelta delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti e delle loro reti relazionali, si rende necessario dare attuazione a quanto previsto dalla L. 328/2000, dai LEA socio sanitari (DPCM 12/1/2017), dalla L. 162/98 superando modelli socio-sanitari di welfare prestazionale che producono frammentazione di spesa pubblica e di interventi. In esito al processo valutativo, i Progetti Personalizzati e Partecipati cogestiti con gli interessati in forma flessibile e dinamica, sono sostenuti dal Budget di Salute e di Comunità in attuazione della Legge 17 luglio 2020, art. 1 comma 4 bis a valere sulle risorse sociali di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze e sulle risorse sanitarie destinate all'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Capo IV del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 nel limite dei massimali regolamentati dalle singole Regioni, delle quote, delle tipologie di costo e delle percentuali di compartecipazione previsti per i servizi diurni e residenziali. La riconversione di spesa pubblica la conseguente sostenibilità dell'articolazione individualizzata del piano progettuale consente il perseguimento di obiettivi di autonomia, abilitazione e inclusione.

#### **Art. 13 - Gestione delle informazioni**

Gli Enti firmatari Accordo si impegnano a perseguire tutte le soluzioni operative utili alla condivisione delle informazioni necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale integrato. Nell'ambito dei servizi sociosanitari integrati, e al fine di favorire la presa in carico integrata della persona nella sua globalità, gli Enti Firmatari si impegnano a favorire e sviluppare l'interoperabilità tra i loro sistemi informativi nel rispetto della normativa nazionale ed europea su privacy e trattamento dati.

### **Titolo III - Impegni degli Enti aderenti**

#### **Art. 14 - Impegni dell'Amministrazione Regionale**

Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo il Servizio Programmazione delle

Politiche Sociali della Regione Molise assicura la giusta assistenza tecnica nonché adeguato supporto operativo agli ATS nell'attuazione del percorso assistenziale integrato delle persone con non autosufficienza o disabilità.

#### Art. 15 – Impegni degli Ambiti Territoriali Sociali

Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze. Le Amministrazioni Locali provvedono alla piena funzionalità dell'Ambito territoriale sociale, di cui il Comitato dei Sindaci costituisce l'organo di governance istituzionale, e pongono in essere le azioni necessarie a garantire:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'Accordo;
- La dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- La piena cooperazione tra le strutture organizzative delle singole amministrazioni con l'Equipe integrata di ambito, costituita anche dalle risorse messe a disposizione a questo stesso scopo dall'Azienda sanitaria locale tramite il Distretto sanitario.

Le Amministrazioni Locali si impegnano altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema locale dei servizi sociali con la costruzione del sistema territoriale sanitario, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

#### Art. 16 – Impegni dell'Azienda sanitaria locale - ASReM

Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze. L'Azienda sanitaria locale provvede alla piena funzionalità del Distretto sanitario e pone in essere le azioni necessarie a garantire:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'Accordo;
- La dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- La piena cooperazione tra le strutture organizzative interne all'Azienda sanitaria, o afferenti ai Dipartimenti, con l'Equipe integrata di ambito, costituita anche dalle risorse messe a disposizione a questo stesso scopo dalle Amministrazioni Locali tramite l'Ambito territoriale sociale.

L'Azienda sanitaria locale si impegna altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema territoriale sanitario con la costruzione del sistema locale dei servizi sociali, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

#### Art. 17 – Organismo di condotta dell'Accordo

Servizio Proponente: DE.A3.03.3H.01  
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

Il Comitato dei Sindaci dell'Ambito Sociale e l'ASReM costituiscono un gruppo tecnico che provvede a monitorare l'andamento del presente accordo, informando periodicamente i rispettivi enti di appartenenza dei risultati raggiunti. Il gruppo tecnico è costituito da

- dal Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale Sociale
- dal Direttore del Distretto Sanitario;
- dall'Assistente Sociale dell'Ambito Sociale presso il PUA;
- dal medico dell'UO delle cure domiciliari del Distretto Sanitario presso il PUA.

Il Gruppo Tecnico si riunisce, su convocazione del Responsabile dell'Ufficio di Piano, con cadenza minima trimestrale per monitorare lo stato di avanzamento del programma regionale FNA 2022-2024.

#### Art. 18 – Validità dell'Accordo e Disposizioni finali

Il presente ha validità dalla data di stipulazione e fino alla conclusione della terza annualità del programma regionale FNA 2022.2024 ed è sottoscritto digitalmente dalle parti in formato P7m.

La data dell'atto sarà quella dell'ultima firma che vi sarà apposta.

Per qualsiasi disposizione non prevista nel presente Accordo si rinvia in quanto compatibili al Codice Civile, ovvero alla normativa vigente in materia.

#### Art. 19 - Allegati

Il presente Accordo è completato da tre allegati che ne fanno parte integrante:

A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.

B. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

Letto, approvato e sottoscritto

Per la Regione Molise

Il Direttore del Servizio Programmazione delle Politiche Sociali

---

Per l'ASReM

Il Direttore Generale

---

Per il Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_

Il Direttore

---

Per l'Ambito Territoriale Sociale di \_\_\_\_\_

Il Presidente del Comitato dei Sindaci

---

Il Responsabile/Direttore dell'Ufficio di Piano

---

SERVIZIO PRODOTTO: DP.AS.03.3H.01  
COPIA DEL DOCUMENTO Firmato Digitalmente



## Allegato A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.

### Percorso Assistenziale Integrato

Percorso Assistenziale Integrato		
Macrofasi	Contenuto	Attività
A. Accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientamento al complesso dei servizi territoriali</li> <li>- Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)</li> </ul>
B. Prima Valutazione	Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anagrafica completa della persona</li> <li>- Valutazione preliminare</li> <li>-&gt; Bisogno semplice:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invio strutture competenti</li> </ul> </li> <li>-&gt; Bisogno complesso:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invio unità di valutazione multidimensionale</li> </ul> </li> </ul>
C. Valutazione Multidimensionale)	Valutazione multidimensionale dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe multidisciplinare</li> <li>- Valutazione multidimensionale</li> <li>- Attivazione servizi e prestazioni sociali, sociosanitari e sanitari</li> <li>- Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse</li> </ul>
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Piano assistenziale e di sostegno condiviso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione degli obiettivi di salute</li> <li>- Definizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute</li> <li>- Definizione delle risorse interne al nucleo familiare</li> <li>- Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare</li> <li>- Attivazione delle prestazioni previste dal PAI</li> </ul>
E. Monitoraggio e Valutazione PAP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI</li> <li>- Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato</li> <li>- Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti</li> </ul>

### Punto Unico di accesso

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione

sociale. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.

Funzioni.

- a) Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie 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, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
- c) Avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
- d) Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.
- e) Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali tramite il Distretto sanitario e dalle amministrazioni locali che compongono l'ATS. Per svolgere adeguatamente le sue funzioni, ciascun PUA deve prevedere 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. Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- Il Servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali professionalità sociali, tramite l'ATS.
- Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite il Distretto.
- Il servizio infermieristico di comunità.
- Gli adeguati servizi amministrativi e tecnici.
- Eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale.

Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, trovano applicazione le disposizioni regolamentari sul PUA di cui alle Linee Guida per l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari e socio assistenziali approvate con D.G.R. n. 447 del 28.11.2017, che prevedono che il back office del PUA sia costituito da:

- Un Assistente Sociale del Comune o dell'Ambito sociale, che interviene esclusivamente per situazioni di bisogno sociosanitario;
- Una unità di personale amministrativo con conoscenze e competenze in materia informatica;
- Un operatore dell'area sanitaria (almeno un infermiere appartenente all'unità organizzativa delle cure domiciliari del Distretto sanitario);
- Il medico dell'UO delle Cure domiciliari del Distretto sanitario.

Tale composizione minima può essere adeguatamente integrata, in relazione alle specifiche esigenze organizzative dei Distretti sanitari/ambiti sociali.

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con tutti i presidi presenti nell'ambito territoriale siano essi

sanitari che sociali.

### **Valutazione multidimensionale**

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto, è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni.

La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale                    distrettuale                    (UVM)                    formalmente                    riunita

servizio proponente: DP.A3.03.SH.01  
Copia Del Documento Firmato Digitalmente

## Unità di valutazione multidimensionale.

### Funzioni.

- a) Effettuare la valutazione multidimensionale e multidisciplinare che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.
- b) Elaborare il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA.
- c) Individuare 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.
- d) Monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

La composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- il Direttore del Distretto sanitario o suo delegato;
- il Medico delle Cure Domiciliari dell'UO distrettuale;
- l'Infermiere delle Cure Domiciliari dell'UO Distrettuale;
- il Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta di riferimento dell'assistito;
- il Direttore dell'Ufficio di Piano dell'ATS/Coordinatore dell'Ambito sociale (o Dirigente dei servizi sociali comunali) o suo delegato;
- l'Assistente Sociale dell'Ambito sociale di residenza dell'assistito (o dei Servizi sociali comunali se il Comune di residenza dell'assistito non ha aderito al Piano Sociale di Zona);
- Eventualmente, il medico specialista e/o altre figure professionali specifiche rispetto alle patologie prevalenti nel quadro delle condizioni di salute psicofisiche del paziente;
- Il delegato del paziente/utente o suo delegato, in assenza è sempre rappresentato dal MMG/PLS.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali. Al fine di poter garantire un'effettiva integrazione tra il settore sociale e l'ambito sanitario, l'assistente sociale coinvolto nell'equipe integrata multidisciplinare è individuato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale. Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'equipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie. La responsabilità del suddetto processo è ricondotta, all'Ufficio Sociosanitario Integrato composto dai Dirigenti di area sociale e sanitaria competenti per il territorio e aventi responsabilità di gestione delle risorse professionali ed economiche per il funzionamento dei servizi integrati.

### **Piano Assistenziale Individuale.**

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo assistenziale. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato, è predisposto dall'UVM distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale. 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, la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

**Allegato B. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.**

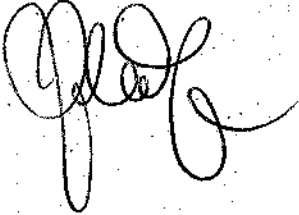
	<b>Sistema sociale LEPS</b>	<b>Sistema sanitario LEA</b>
<b>CURE DOMICILIARI</b>	<p><b>Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023</b></p> <p>Dimissioni protette Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione</p>	<p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b></p> <p>L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.</p>
	<p><b>L.234/21 art. 1 comma 162</b>  <b>assistenza domiciliare sociale</b> quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo</p>	<p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b></p> <p><b>Cure domiciliari di livello base:</b> costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1) ) inferiore a 0,14;</p>
	<p><b>L.234/21 art. 1 comma 162</b></p> <p><b>assistenza sociale integrata con i servizi sanitari</b>, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;</p>	<p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b></p> <p><b>Cure domiciliari integrate (ADI) di I<sup>a</sup> livello:</b> costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso</p> <p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b></p> <p><b>Cure domiciliari integrate (ADI) di II<sup>a</sup> livello:</b> costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso;</p> <p><b>DPCM 12/01/2017 art. 22</b></p> <p><b>Cure domiciliari integrate (ADI) di III<sup>a</sup> livello:</b> costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi</p>

		medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.
--	--	--


Dopo l'apertura della seduta e la constatazione del numero legale, assume la Presidenza il Vice Sindaco reggente del Comune Capofila, **dott.ssa Paola Felice** assistita dalla dott.ssa Raffaella Rosa che assume le funzioni di segreteria verbalizzante.

Il Presidente, riconosciuto legale il numero degli interventi, dichiara valida la seduta ed invita il Comitato dei Sindaci ad esaminare ed assumere le proprie determinazioni sulla proposta di deliberazione indicata in oggetto.

**IL PRESIDENTE del CdS**  
**(Dott.ssa Paola Felice)**

Handwritten signature of Paola Felice in black ink, consisting of stylized cursive letters.

**IL DIRETTORE DELL'ATS DI CB**  
**(dott. Vincenzo De Marco)**

Handwritten signature of Vincenzo De Marco in black ink, consisting of stylized cursive letters.