

Accordo di Programma

Deliberazione della Giunta Regionale 15 maggio 2023, n. 16-6873 “Programma regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024, per l’attuazione del piano nazionale di cui al D.P.C.M. del 3 ottobre 2022 “–Allegato 5

**Integrazione alla Convenzione sottoscritta tra ASL TO3 ed Enti Gestori nell’anno 2023
“Applicazione della D.G.R. 51-11389 del 23.12.2003 DPCM 29.1192001, Allegato 1, Punto 1.C.
Applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza all’Area dell’Integrazione Socio Sanitaria” –
Periodo 2023 - 2027**

**L’Azienda sanitaria locale ASL TO3
Distretti Area Metropolitana Nord, Area Metropolitana Centro, Area Metropolitana Sud,
Val Susa e Val Sangone e Pinerolese**

Rappresentata dal Direttore Generale Franca DALL’OCCO nata a Biella il 23/04/1964

L’ambito Territoriale Sociale –ATS- Consorzio Ovest Solidale-Rivoli

Rappresentato dal Direttore Ileana Giuseppina LEARDINI nata a Rivoli (TO) il 18/03/1966

L’ambito Territoriale Sociale –ATS- C.I.S.S.A.- Pianezza

Rappresentato dal Presidente Claudio GRAVINESE nato a Pianezza (TO) il 10/11/1958

L’ambito Territoriale Sociale –ATS- Con.I.S.A. Valle di Susa e Val Sangone

Rappresentato dal Direttore Barbara MAURI nata a Torino il 11/11/1961

L’ambito Territoriale Sociale –ATS- C. I.di S.- Orbassano

Rappresentato dal Presidente Domenico LUCA’ nato a Gioiosa Ionica (RC) il 16/06/1953

L’ambito Territoriale Sociale –ATS- C.I.S.S.-Pinerolo

Rappresentato dal Direttore Monique JOURDAN nato a Bagnolo Piemonte (CN) il 29/12/1970

L’ambito Territoriale Sociale –ATS- Unione Val Chisone e Germanasca

Rappresentato dal Presidente Danilo Breusa nato a Pinerolo (To) il 01/08/1966

PREMESSE

- Considerata 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'
- Richiamata la Convenzione sottoscritta tra ASL TO3 ed Enti Gestori nell'anno 2023 "Applicazione della D.G.R. 51-11389 del 23.12.2003 DPCM 29.1192001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza all'Area dell'Integrazione Socio Sanitaria" – Periodo 2023 – 2027.
- Tenuto conto della programmazione regionale di cui al Programma Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024, D.G.R. 15 maggio 2023, n. 16-6873 ad oggetto "Programma regionale per la non autosufficienza per il triennio 2022-2024, per l'attuazione del piano nazionale di cui al D.P.C.M. del 3 ottobre 2022"

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 gli ambiti territoriali costituiti dai 5 Distretti Sanitari ASL TO3 e dai 5 ATS-Consorzi Socio Assistenziali afferenti, 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. 243/2021

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. 243/2021, 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 –ASL TO3 e ai relativi 5 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. 243/2021, 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 Case di Comunità o altre sedi messe a disposizioni dall'ASL. Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale-ASLTO3 e ai 5 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. Le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso 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.

Alla data di sottoscrizione del presente accordo i PUA attivi sono i seguenti:

Nr.	Indirizzo	Orari	Ente titolare PUA
1	COLLEGNO Via Torino 1	Martedì-Giovedì 9/13	Distretto AM Centro C.O.S.
	RIVOLI c.so Francia 98	Mercoledì 9/13	Distretto AM Centro C.O.S.
2	VENARIA Via Don Sapino 152	Lunedì-Mercoledì 9/13 puntounico@cissa.it	Distretto AM Nord C.I.S.S.A.
3	ORBASSANO P.zza Generale Dalla Chiesa 1	Mercoledì- 9/12 – 14/16 Martedì-giovedì 9/13 solo tel. 0119006166	Distretto AM Sud C.I.di S.
	BEINASCO Casa Della Salute (Borgaretto) Via Orbassano 2	Sportello settimanale segreteria studio medico MMG associati 9/12	
4	PINEROLO Stradale Fenestrelle 72	Martedì - 9/12 –Mercoledì 13/16	Distretto Pinerolese C.I.S.S.
	TORRE PELLICE Via Matteo Gay 34	Giovedì - 9/12	
	POMARETTO Via Maggiore Ribet 2	Lunedì – 13.30/16	
		RISPOSTA TELEFONICA Martedì 13-15 Mercoledì 9-12 0121 235146	

5	SUSA P.zza San Francesco 4 AVIGLIANA Via S. Agostino 5 CONDOVE P.zza Vittorio Veneto 10 GIAVENO Via Seminario 45 OULX Corso Torino 37	Mercoledì – 14/18 Lunedì – 13.30/15.30 Giovedì – 9/11 Martedì – 9/13 (primo e terzo del mese) Martedì – 13.30/15.30 Venerdì – 9/11 Martedì 13.30/15.30 (secondo e quarto del mese) PER TUTTE LE SEDI ACCESSO SU APPUNTAMENTO: tel. dal lunedì al venerdì 9/12.30 0122621265 Oppure via email pua.valsusavalsangone@aslto3.piemonte.it	Distretto Val Susa Val Sangone Con.I.S.A.
---	--	---	--

Art. 6 – Modalità di integrazione degli interventi

In riferimento alle disposizioni del Comma 160 della L. 243/2021, 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 dei documenti di Programmazione Sociale e dei Programmi 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 previste dalla missione 6 del PNRR e dalla possibilità di potenziamento delle attività previste dal PNNA 2022 - 2024. 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 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 aree specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito, attualmente attraverso diverse articolazioni e livelli, assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definisce il progetto di assistenza individuale integrato (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo, vengono assicurati dal personale territoriale afferente ad ASL ed ATS ciascuno per la propria competenza.

Gli ATS 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.

Art. 11 – Progetto di assistenza individuale integrato

Il Progetto di assistenza individuale integrato 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 socio sanitaria definisce gli obiettivi di salute, i 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.

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, n. 77, 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 - Ufficio sociosanitario integrato di ambito

Lo strumento di integrazione gestionale e professionale tra ATS e Distretto Sanitario è l'Ufficio sociosanitario integrato di ambito, che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività disciplinate dal presente accordo e si riunisce con cadenza bimestrale.

In un'ottica di integrazione e collaborazione più ampia si è convenuto di prevedere anche un Ufficio sociosanitario integrato a livello di ambito "allargato" tra ASL TO3 e i relativi 5 ATS afferenti.

All'ufficio sociosanitario integrato partecipano i Direttori dei Distretti sanitari e i Direttori degli Ambiti Territoriali Sociali, nonché le ulteriori responsabilità gestionali che si rendessero necessarie per l'organizzazione delle funzioni professionali e tecnico-amministrative richieste dal pieno svolgimento del processo assistenziale integrato. L'Ufficio sociosanitario integrato di ambito "allargato" si riunisce con cadenza trimestrale.

Art. 14 - Gestione delle informazioni

Gli Enti firmatari del presente 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 in accordo con la Regione nel rispetto della normativa nazionale ed europea su privacy e trattamento dati.

Titolo III - Impegni degli Enti aderenti

Art. 15 – Impegni degli ATS

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 di Distretto 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 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.

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

Art. 16 – Impegni dell'Azienda sanitaria locale

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 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 il sistema locale dei servizi sociali, con particolare riferimento al Punto unico di accesso, alle Centrali operative territoriali, alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali.

Art. 17 – Organismo di condotta dell'Accordo

I cinque ATS e i cinque Distretti sanitari dell'ASLTO3, costituiscono un gruppo tecnico aziendale che provvede a monitorare l'andamento del presente accordo, informando periodicamente i rispettivi Enti di appartenenza dei risultati raggiunti.

Il gruppo tecnico è costituito:

- dai Direttori degli Ambiti Territoriali Sociali, o loro delegati;
- dai Direttori di Distretto o loro delegati;
- dai Referenti Sociali dell'Area Disabilità e dell'Area Anziani individuati dai Direttori degli ATS;
- dal responsabile S.S. Servizio Sociale, dal Responsabile S.S. Area Fragilità e non autosufficienza e da Referenti sanitari Area Disabilità e Area Anziani individuati dai Direttori di Distretto.

Art. 18 - Allegati

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

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

L'Azienda Sanitaria Locale ASLTO3

Il Direttore Generale
FRANCA DALL'OCCO
(firmato digitalmente)

L'Ambito Territoriale Sociale – C.I.S.S.A. Pianezza

Il Presidente
CLAUDIO GRAVINESE
(firmato digitalmente)

L'Ambito Territoriale Sociale – Con.I.S.A. Val Susa e Val Sangone

Il Direttore
BARBARA MAURI
(firmato digitalmente)

L'Ambito Territoriale Sociale – C.I. di S. Orbassano

Il Presidente
DOMENICO LUCA'
(firmato digitalmente)

L'Ambito Territoriale Sociale – COS

Il Direttore
ILEANA GIUSEPPINA LEARDINI
(firmato digitalmente)

L'Ambito Territoriale Sociale – C.I.S.S. Pinerolo

Il Direttore
MONIQUE JOURDAN
(firmato digitalmente)

L'ambito Territoriale Sociale –ATS- Unione Val Chisone e Germanasca

il Presidente
DANILO BREUSA
(firmato digitalmente)