



Servizio Sanitario Nazionale - Regione dell'Umbria
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA N. 2
Sede Legale: Viale Donato Bramante 37 – Terni
Codice Fiscale e Partita IVA 01499590550

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE n. 0001359 del 10/07/2026

Proponente:

AFFARI GENERALI, LEGALI, POLITICHE DEL PERSONALE E SISTEMA DI VALUTAZIONE

Oggetto:

RECEPIMENTO ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA L'USL UMBRIA 2 ED IL COMUNE DI TERNI – CAPOFILA DELLA ZONA SOCIALE N. 10 IN UMBRIA, PER ATTIVITÀ DI INTERESSE COMUNE AI SENSI DELL'ART. 15 DELLA LEGGE N. 241/1990 PER L'ATTUAZIONE DEL LIVELLO ESSENZIALE DELLE PRESTAZIONI (LEP) RELATIVO AL PROCESSO ASSISTENZIALE INTEGRATO DEDICATO ALLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI O IN CONDIZIONI DI DISABILITÀ DI CUI ALL'ART. 1 – COMMA 163 DELLA LEGGE N. 234/2021, VALIDO PER IL TRIENNIO 2026 – 2028

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv 0001416 del 09/07/2026:

Hash.pdf (SHA256): 72f35f5b59c6c391a218c88aa45a1a6c1164b8df97a5b88fb1660d404c55d7df

Firme digitali apposte sulla proposta:

Fabiano Toparini, Piero Carsili, Piero Carsili, Alfredo Notargiacomo

ACQUISITI i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo come di seguito indicati:

Direttore Sanitario : Dr. Alfredo Notargiacomo - parere: Favorevole

Direttore Amministrativo : Dott. Piero Carsili - parere Favorevole

DELIBERA

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. ROBERTO NOTO)

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

ALLEGATO ALLA DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

Normativa di riferimento:

- L.R. n. 11 del 9/04/2015 “Testo unico in materia di sanità e servizi sociali”.
- Legge 7 agosto 1990, n. 241, art. 11, commi 2 e 3, art. 15 che disciplina gli accordi fra pubbliche amministrazioni, consentendo loro di stipulare intese per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;
- Legge del 30/12/2021 n. 234 “Bilancio di previsione dello stato per l'anno finanziario 2022 e Bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024, art.163;
- Legge n. 328/2000 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi sociali*”;
- 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”*”;

Motivazione:

RICHIAMATA la normativa vigente in materia di integrazione socio sanitaria, ed in particolare:

- Il D.Lgs. n. 229/1999 “*Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*”, a norma dell’art. 1 della Legge n. 419 del 30 novembre 1998, che affida le attività socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e sanitarie a rilevanza sociale al Distretto quale contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriale (PAT) e dove sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie;
- La Legge n. 328/2000 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi sociali*”;
- 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”*”;
- La Legge n. 33/2017;
- Il D.Lgs. n. 147/2017;
- La Legge n. 234/2021;
- Il D.P.C.M. 3 ottobre 2022;
- La Legge Regionale n. 2 del 6 marzo 2023 “*Disposizioni in materia di amministrazione condivisa*”;
- La Deliberazione dell’Assemblea Legislativa n. 342 del 26 settembre 2023 “*Atto di programmazione – Piano regionale Integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2022 – 2024*”;
- L’allegato 1, contenuto nel Piano Regionale Integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2022 – 2024, di cui alla sopracitata D.C.R. n. 342/2023, con il quale la regione Umbria ha predisposto lo schema di accordo di programma che le zone sociali e le corrispondenti aziende sanitarie sono

chiamate a sottoscrivere ai fini dell'attuazione del Livello Essenziale delle Prestazioni relativo al Processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità di cui all'art. 1 comma 163 della Legge n. 234/2021 mediante l'istituzione del PUA;

- Il D.Lgs. n. 62/2024 avente ad oggetto: *“Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato”*;
- La Deliberazione di Giunta Regionale n. 558 del 11 giugno 2025 avente per oggetto: *“D.Lgs. 62/2024 – Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato – Linee di indirizzo e di governance della Regione Umbria”*;
- La Deliberazione di Giunta Regionale n. 896 del 10/09/2025 e la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1291 del 19/12/2025, le quali definiscono il modello organizzativo dei PUA;

RAVVISATA la necessità di rafforzare i livelli istituzionali di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale ritenuti necessari per l'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), nell'ambito del Percorso Assistenziale Individualizzato (PAI) dedicato alle persone non autosufficienti, con disabilità, fragilità sociale e sanitaria, le quali necessitano di interventi sanitari e di azioni di supporto di protezione sociale, secondo quanto disposto dal comma 163 della Legge 234/2021;

TENUTO CONTO che il Comune di Terni e l'AUSL Umbria 2 hanno elaborato congiuntamente un Accordo di collaborazione al fine di definire 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;

CONSIDERATO che tale Accordo costituisce strumento di collaborazione interistituzionale di ambito territoriale attraverso il quale la Zona Sociale n. 10 e l'Azienda Usl Umbria 2 assicurano piena integrazione tra LEPS e LEA, riservandosi la possibilità di adottare, se necessario, anche ulteriori protocolli operativi o atti attuativi;

RITENUTO in rapporto a quanto sopra, di dover procedere all'approvazione dello schema dell'Accordo di collaborazione tra l'USL Umbria 2 ed il Comune di Terni – capofila della Zona Sociale n. 10 in Umbria, *per attività di interesse comune ai sensi dell'art. 15 della Legge n. 241/1990 per l'attuazione del Livello Essenziale delle Prestazioni (LEP) relativo al processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizioni di disabilità di cui all'art. 1 – comma 163 della legge n. 234/2021*, valido per il triennio 2026 – 2028, che si allega a formare parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

Esito dell'istruttoria:

- 1) di approvare, in rapporto a tutto quanto esposto in premessa, lo schema dell'Accordo di collaborazione tra l'USL Umbria 2 ed il Comune di Terni – capofila della Zona Sociale n. 10 in Umbria, *per attività di interesse comune ai sensi dell'art. 15 della Legge n. 241/1990 per l'attuazione del Livello Essenziale delle Prestazioni (LEP) relativo al processo assistenziale*

integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizioni di disabilità di cui all'art. 1 – comma 163 della legge n. 234/2021, valido per il triennio 2026 – 2028, a formare parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- 2) di stabilire che una volta avvenuta l'approvazione del Protocollo in questione, ad opera dell'AUSL Umbria n. 2 e del Comune di Terni, le parti procederanno alla sottoscrizione dello stesso;
- 3) di stabilire che l'Accordo suddetto una volta sottoscritto dalle parti sarà notificato ufficialmente al Direttore del Distretto di Terni, al Direttore del Dipartimento Dipendenze, al Direttore del Dipartimento Salute Mentale, al Direttore Servizio Controllo di Gestione, al Dirigente Attività Amministrative Distrettuali, al Dirigente Servizi Sociali.
- 4) di dare atto che la presente deliberazione non è sottoposta a controllo regionale, ai sensi dell'art. 83 della L.R. 11/2015;
- 5) di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale.

Il Dirigente Amm.vo Servizio Affari Generali,
Politiche del Personale e Sistema di valutazione
(Dott. Toparini Fabiano)

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(DOTT. PIERO CARSILI)



Accordo di collaborazione per attività di interesse comune ai sensi dell'art. 15 della Legge n. 241/1990 per l'attuazione del Livello Essenziale delle Prestazioni (LEP) relativo al processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizioni di disabilità di cui all'art. 1 – comma 163 della legge n. 234/2021 tra la zona sociale n. 10 Umbria e l'Azienda USL Umbria 2 - Triennio 2026 – 2028.

TRA

Il Comune di Terni, capofila della Zona Sociale n. 10 Umbria, con sede legale e domicilio fiscale a Terni, Piazza Mario Ridolfi 1, 05100 (TR), (C.F. 00175660554), rappresentato dal Sindaco Stefano Bandecchi, nato a Livorno il 04/04/1961, domiciliato per la carica presso il Comune suddetto, il quale interviene esclusivamente a nome, per conto e nell'interesse dell'Ente che rappresenta, qui di seguito denominata “Comune”;

E

L'Azienda USL Umbria 2, con sede legale e domicilio fiscale a Terni, via Bramante 37, (C.F. 01499590550), rappresentata dal Direttore Generale Dott. Roberto Noto, nato a Foligno PG il 20/07/1960, domiciliato per la carica presso l'Azienda suddetta, il quale interviene esclusivamente a nome, per conto e nell'interesse dell'Ente che rappresenta, qui di seguito denominata “Azienda”;

PREMESSA

Ai sensi dell'art. 15, comma 1 della Legge n. 241/1990 “le amministrazioni pubbliche possono sempre concludere tra di loro accordi per disciplinar lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune” e per detti accordi si osservando, in quanto applicabili, le disposizioni previste dall'art. 11, commi 2 e 3, nel rispetto di precise condizioni disposte per legge.

RICHIAMATA LA NORMATIVA IN MATERIA DI INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA, IN PARTICOLARE:

- Il D.Lgs. n. 229/1999 “*Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*”, a norma dell'art. 1 della Legge n. 419 del 30 novembre 1998, che affida le attività socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e sanitarie a rilevanza sociale al Distretto quale contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriale (PAT) e dove sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio sanitarie;
- La Legge n. 328/2000 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi sociali*”;
- 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*”;

- La Legge n. 33/2017;
- Il D.Lgs. n. 147/2017;
- La Legge n. 234/2021;
- Il D.P.C.M. 3 ottobre 2022;
- La Legge Regionale n. 2 del 6 marzo 2023 “*Disposizioni in materia di amministrazione condivisa*”;
- La Deliberazione dell’Assemblea Legislativa n. 342 del 26 settembre 2023 “*Atto di programmazione – Piano regionale Integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2022 – 2024*”;
- L’allegato 1, contenuto nel Piano Regionale Integrato per la non autosufficienza (PRINA) 2022 – 2024, di cui alla sopracitata D.C.R. n. 342/2023, con il quale la regione Umbria ha predisposto lo schema di accordo di programma che le zone sociali e le corrispondenti aziende sanitarie sono chiamate a sottoscrivere ai fini dell’attuazione del Livello Essenziale delle Prestazioni relativo al Processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità di cui all’art. 1 comma 163 della Legge n. 234/2021 mediante l’istituzione del PUA;
- Il D.Lgs. n. 62/2024 avente ad oggetto: “*Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato*”;
- La Deliberazione di Giunta Regionale n. 558 del 11 giugno 2025 avente per oggetto: “*D.Lgs. 62/2024 – Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato – Linee di indirizzo e di governance della Regione Umbria*”;
- La Deliberazione di Giunta Regionale n. 896 del 10/09/2025 e la Deliberazione di Giunta Regionale n. 1291 del 19/12/2025, le quali definiscono il modello organizzativo dei PUA;

Pertanto per quanto esposto in premessa, allo scopo di disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione e, nello specifico del presente Atto, per le persone in condizione di non autosufficienza o di 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 e con riferimento al modello regionale per l’integrazione socio sanitaria, rafforza i livelli di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale, ritenuti necessari per l’attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS), nell’ambito del Percorso Assistenziale Individualizzato dedicato alle persone non autosufficienti, con disabilità, fragilità sociale e sanitaria, le quali necessitano di interventi sanitari e di azioni di supporto di protezione sociale, secondo quanto disposto dal comma 163 della Legge 234/2021 che, consenta di definire e attuare: intende avviare un processo di integrazione dei servizi e tra servizi che, consenta di definire e attuare:

- A. il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i diritti/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. l'attivazione di progetti e percorsi di innovazione sociale, per sperimentare nuovi modelli di intervento ai bisogni emergenti;
- E. progetti e percorsi di innovazione sociale innovativi che permettano il diffondersi del metodo della progettazione personalizzata e partecipata e del budget di progetto, facendo leva sui principi di personalizzazione, tempestività, temporaneità e corresponsabilità sperimentando e consentano di sperimentare processi virtuosi a matrice corale di intervento, valorizzando la sussidiarietà come processo di capacitazione tanto dei soggetti sociali quanto di quelli istituzionali. In tale prospettiva il cittadino non più solo paziente/utente del welfare, ma egli stesso produttore di welfare e soggetto attivo nella rete dei servizi e il welfare di comunità strumento all'interno del quale "incubare" percorsi di innovazione sociale attraverso lo scambio continuo e costante tra il sistema dell'offerta sociale, le sue reti e la comunità sul territorio.

Art. 2 – Oggetto

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.

Tale Accordo costituisce strumento di collaborazione interistituzionale di ambito territoriale attraverso il quale la Zona Sociale e l'Azienda assicurano piena integrazione tra LEPS e LEA, riservandosi la possibilità di adottare, se necessario, anche ulteriori protocolli operativi o atti attuativi.

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 nell'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 e della performance, attuale potenziale, bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare la migliore combinazione di interventi sul contesto e/o sulla/per la persona e conseguentemente di risposta al bisogno e il carico assistenziale, laddove necessario e nella misura necessaria, 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 istituzionalizzazione od ospedalizzazioni non strettamente necessarie. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario definiscono i principi, gli obiettivi e i contenuti del processo assistenziale integrato, e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi e verificano e valutano risultati ed impatto degli interventi.

Art. 5 – Cooperazione organizzativa

In riferimento alle disposizioni del comma 163 della Legge n. 234/2021, e come definito all'Allegato B del presente accordo, il percorso assistenziale integrato è garantito attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le Case della comunità, laddove istituite.

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, coerentemente con la prospettiva del progetto personalizzato e partecipato inteso come progetto “ombrello” sotto il quale andare a collocare ogni misura, progetto e piano specifico già attivato o da attivare, definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno assistenziale.

Art. 6 – Modalità di integrazione degli interventi

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, anche prevedendo il “Coinvolgimento degli enti del Terzo Settore” così come disciplinata dall'art. 55 del Codice del Terzo Settore (CTS), laddove ritenuti una risorsa per la piena ed appropriata attuazione dei LEPS.

Titolo II – Organizzazione e strumenti

Art 7 – Programmazione integrata e partecipata

Il primo passo per l'integrazione sociosanitaria è la programmazione congiunta e la 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, 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.

All'approccio integrato si collega quello partecipato che, secondo l'art. 55 del D.Lgs. n. 117/2017 (Codice del Terzo settore), prevede che tutte le amministrazioni pubbliche in tutti i “settori di interesse generale”, a partire da quelli tipicamente legati al welfare (sociale, sociosanitario), assicurano il coinvolgimento degli enti di Terzo settore attraverso la co-programmazione e la coprogettazione.

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.

Il processo di capacitazione (capacity building) di soggetti sociali ed istituzionali avviato negli ultimi anni consente oggi di valorizzare e praticare la sussidiarietà orizzontale per potenziare ed arricchire di opportunità il percorso con cui garantire alla persona con disabilità il diritto di definire liberamente e consapevolmente, sulla base dei propri desideri e priorità, i personali obiettivi di vita affinché siano di riferimento del Progetto Personalizzato e Partecipato di interventi e di prestazioni, comprese quelle del suddetto Percorso assistenziale integrato.

Art. 8 – Sistema unitario di accesso e PUA

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.

Le persone con disabilità, a prescindere dalla complessità e/o intensità del bisogno assistenziale, prima di rivolgersi al PUA per accedere ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari possono rivolgersi ad uno dei presidi territoriale dell'Agenzia Umbra per la Vita Indipendente o altri sportelli per un percorso facilitato di accesso ad informazioni generali e puntuali, fin ad un vero e proprio counseling personalizzato, finalizzato ad accrescere conoscenza e consapevolezza personale e a rendere massimamente produttiva la ricerca e la combinazione delle risorse da utilizzare per avere la concreta opportunità di definire liberamente e di perseguire i propri obiettivi di vita in termini di funzionamenti desiderati e potenzialmente conseguibili.

Art. 9 – Equipe integrata di ambito e Unità di valutazione multidimensionale

L'Ambito territoriale e sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo da garantire 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), riconducendolo quanto più possibile alla prospettiva del Progetto Personalizzato e Partecipato quale progetto "ombrello" sotto il quale andare a collocare il PAI stesso, 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.

Art. 10 – Progetto Personalizzato e Partecipato e Piano assistenziale individualizzato

Il Progetto Personalizzato e Partecipato è lo strumento che, a partire dal profilo funzionale, dai bisogni e dalle legittime aspettative, e nel rispetto della propria autonomia e capacità di autodeterminazione della persona, consente di definire attivare e coordinare la combinazione di possibilità, servizi, supporti e sostegni, formali (istituzionali) e informali, che dovrebbero permettere alla stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter partecipare alla vita sociale, avere l'opportunità di una Vita Indipendente e poter vivere in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri. Tale strumento deve essere dinamico, impostato e gestito in modo da seguire l'evoluzione dei bisogni e delle risposte per l'intero ciclo di vita della persona, adeguatamente differenziato a seconda delle diverse fasi evolutive, ma anche delle diverse esigenze tra chi, pur in grado di autodeterminarsi, necessita di un sostegno assistenziale e chi, seppur autosufficiente, necessita di un maggiore accompagnamento e supporto da parte della rete familiare, sociale e dei servizi.

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 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 per la salute ed il benessere condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività e le prestazioni assistenziali e di sostegno previste dal PAI.

Art. 11 – Budget di progetto

Le innovazioni di approccio ed operative introdotte dalla legge 227/2021, relative alla realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, comprendono tante dimensioni, dalla valutazione multidimensionale all'utilizzo dell'ICF, del coinvolgimento attivo e quanto più consapevole della persona cui si riferisce, al tener conto dei suoi bisogni, desideri, aspettative, scelte, dal considerare le risorse umane, professionali, tecnologiche strumentali ed economiche al coinvolgimento delle famiglie e della comunità di riferimento.

I comportamenti dei servizi relativamente al coinvolgimento dei titolari dei diritti e di chi li rappresenta hanno oggi connotazioni, livelli e sfumature anche molto diverse, attraverso la sperimentazione in essere dei Progetti personalizzati e partecipati nella nostra regione si andranno a definire e ad utilizzare strumenti e procedure che consentiranno di radicare nuove pratiche territoriali sempre più volte a promuovere, espandere ed accogliere le conoscenze e le aspirazioni di coloro ai quali va garantito il massimo protagonismo nelle scelte che incidono sulla propria vita e ne determinano qualità e spazi di libertà.

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 Legge n. 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 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. 12 – 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. L'Ufficio sociosanitario integrato è coordinato dal Direttore del Distretto sanitario e dal Responsabile dell'Ambito territoriale sociale, comprende il Responsabile dell'Ufficio di Piano e 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 rappresenta altresì lo strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di

coordinamento delle attività sociosanitarie distrettuali. Per le funzioni di cui all'art. 9 del presente Accordo, l'Ufficio sociosanitario integrato si riunisce con cadenza almeno mensile. L'Ufficio socio sanitario integrato di ambito è così composto:

- Direttore del Distretto o suo delegato;
- Dirigente Servizi sociali del Comune Capofila di Ambito o suo delegato;
- Assistente sociale del Distretto;
- Funzionario Servizi sociali di Ambito;
- Posizione organizzativa amministrativa di Ambito;
- Posizione organizzativa amministrativa di Distretto.

L'Ufficio sociosanitario integrato di ambito svolge le seguenti funzioni:

- Rilevazione del fabbisogno sociosanitario per l'elaborazione della programmazione e del monitoraggio dei servizi sociosanitari, rispettivamente definiti all'interno del Piano Attuativo Territoriale (PAT) così come nel Piano di Zona sociale;
- Gestione e monitoraggio delle risorse per la gestione integrata dei servizi sociosanitari;
- Responsabilità dei Servizi per l'accesso integrato (sociosanitario) – PUA;
- Attivazione di equipe multidisciplinari per le situazioni sociosanitarie complesse o socio-educative-sanitarie complesse;
- Supervisione dell'andamento dei processi assistenziali integrati di ambito.

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.

Art. 14 – Durata dell'accordo

Il presente accordo ha validità per il triennio 2026 - 2028 fatte salve successive intervenute modificazioni o integrazioni adottate dai competenti livelli nazionali e/o regionali anche in relazione alle risorse ministeriali stanziare per il personale operante nello stesso.

Su richiesta di uno degli Enti firmatari si potrà procedere alla revisione dell'accordo approvando un documento aggiuntivo, correttivo o integrativo che ne diventerà parte integrante.

Qualora a scadenza del periodo di validità non siano intervenute sostanziali modifiche e qualora siano state garantite le risorse necessarie le parti potranno rinnovare il presente accordo.

DISPOSIZIONI FINALI

Art. 15 – Corrispettivo della gestione

Per il personale professionale afferente all'ambito sociale dedicato al rafforzamento del PUA, il Comune capofila si impegna a sostenere i costi ed a rendicontarne i relativi finanziamenti ministeriali all'uopo dedicati come previsto dalla Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n. 342 del 26 settembre 2023 e specificato dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1033 del 20 settembre 2024.

Art. 16 – Monitoraggio dell'accordo

Il Direttore del Distretto Sanitario USL UMBRIA 2 congiuntamente con il Responsabile della Zona Sociale n. 10 Umbria provvedono a monitorare l'andamento della realizzazione del presente accordo informando, in sede di conferenza di zona, periodicamente con cadenza semestrale gli Enti firmatari del presente accordo e costituenti la Zona Sociale n. 10 Umbria.

Art. 17 – Allegati

Il presente accordo è completato da quattro allegati che ne fanno parte integrante:

1. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato;
2. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato;
3. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarietà;
4. Accordo di contitolarità nel trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

Letto, approvato e sottoscritto

Le parti

Il Responsabile della Zona Sociale n. 10
Sindaco del Comune di Terni
Stefano Bandecchi

Per l'Azienda USL UMBRIA 2
Il Direttore Generale
Dott. Roberto Noto

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	- Orientamento al complesso dei servizi territoriali - Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)
B. Prima Valutazione	Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare	- Anagrafica completa della persona - Valutazione preliminare --> Bisogno semplice: - Invio strutture competenti --> Bisogno complesso: - Invio unità di valutazione multidimensionale
C. Valutazione Multidimensionale)	Valutazione multidimensione dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	- Equipe multidisciplinare - Valutazione multidimensionale - Attivazione servizi e prestazioni sociali, sociosanitari e sanitari - Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Piano assistenziale e di sostegno condiviso	- Definizione degli obiettivi di salute - Definizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute - Definizione delle risorse interne al nucleo familiare - Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare - Attivazione delle prestazioni previste dal PAI
E. Monitoraggio e Valutazione PAP	- Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI - Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI	- Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato - Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti

Percorso Assistenziale Integrato

Percorso Assistenziale Integrato		
Macrofasi	Contenuto	Attività
A Accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	- Orientamento al complesso dei servizi territoriali - Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)
B Prima Valutazione	Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare	- Anagrafica completa della persona - Valutazione preliminare --> Bisogno semplice: - Invio strutture competenti --> Bisogno complesso: - Invio unità di valutazione multidimensionale
C Valutazione Multidimensionale)	Valutazione multidimensionale dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	- Equipe multidisciplinare - Valutazione multidimensionale - Attivazione servizi e prestazioni sociali, sociosanitari e sanitari - Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse
D Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Piano assistenziale e di sostegno condiviso	- Definizione degli obiettivi di salute - Definizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute - Definizione delle risorse interne al nucleo familiare - Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare - Attivazione delle prestazioni previste dal PAI
E Monitoraggio e Valutazione PAP	- Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI - Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI	- Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato - Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti

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 di 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;

Attività:

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

- a) funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento;
- b) 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.

Dotazione:

Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- a) il Servizio sociale professionale comunale e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite l'ATS;
- b) Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite il Distretto;
- c) Il servizio infermieristico di comunità;

- d) Gli adeguati servizi amministrativi e tecnici;
- e) Eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale.

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e 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:

- a) la rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
- b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (o equipe integrata) formalmente riunita.

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 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:

- a) Il medico di medicina generale, ovvero il pediatra di libera scelta;
- b) Il medico di distretto;
- c) L'infermiera di comunità;
- d) L'assistente sociale del Distretto;
- e) L'assistente sociale dell'ATS.

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 Individuato – PAI

il Piano Assistenziale Individuato (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 n. 328/2000 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 – Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.

Collocazione del PUA

I Comuni e le Aziende Sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un Punto Unico di Accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA). Le funzioni del PUA, **si collocano nel Distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali**. Presso le Casa della Comunità, che si configurano come nodi strategici, di maggiore prossimità e riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste, è prevista tra le funzioni di base la presenza del Punto Unico di Accesso. Qualora in un Distretto non sia ancora operativa una Casa della Comunità, il PUA potrà essere ubicato presso altra sede territoriale del Distretto sanitario o sociosanitario. Laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, sarà possibile definire più sedi PUA all'interno dello stesso Distretto sociosanitario al fine di realizzare una maggiore prossimità. Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione ed il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali e dai Comuni associati nell'ambito territoriale ottimale.

Equipe integrata di ambito

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 definisce 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. Queste attività sono seguite e alimentate attraverso le funzioni di back-office del PUA; la fase di prima valutazione è svolta in sinergia dalla COT e dal PUA in modo da far gestire alla COT i casi con bisogni non complessi di tipo sanitario e al back-office del PUA i casi con bisogni complessi sanitari e sociali.

ORGANIZZAZIONE E DOTAZIONI		DOTAZIONE SOCIALE			DOTAZIONE SANITARIO		
Macrofasì	Riferimenti organizzativi	Professionale	Amministrativo	Contabili	Professionale	Amministrativo	Contabili
A- ACCESSO	Punto Unico di Accesso Casa della Comunità Presidi territoriali	14	0	0	3	1	1
B- PRIMA VALUTAZIONE	Equipe Integrata Centrale Operativa Territoriale	14	0	0	3	1	1

C- VALUTAZIONE E MULTIDIMENSIONALE	Equipe Integrata Unità di Valutazione Multidimensionale	14	0	0	3	1	1
D- PIANO ASSISTENZIALE E INDIVIDUALIZZATO (Piano condiviso di sostegno)	Equipe Integrata Servizi ATS Servizio Distretto	14	0	0	3	1	1
E- MONITORAGGIO E VALUTAZIONE E PAP	Sistemi informativi piattaforme integrate interoperabilità	14	0	0	3	1	1

In riferimento alla tabella del presente ALLEGATO B, per garantire la funzionalità dell'equipe integrata lungo tutte le macrofasi del processo assistenziali integrato, le parti si impegnano ad assicurare il seguente apporto di risorse professionali, amministrative e contabili del Distretto (esprese in Tempo Piano Equivalente)

Ambito Territoriale Sociale n. 10 Umbria

- Unità professionali: 2
- Unità amministrative: 0
- Unità contabili: 0

Distretto Sanitario

- Unità professionali: 12
- Unità amministrative: 1 (posizione organizzativa del Distretto come riferimento complessivo)
- Unità contabili: 1 (della posizione organizzativa del Distretto come riferimento complessivo)

Allegato C – indicazioni per il coordinamento tra LEPS sociali e LEA sanitari nelle domiciliarietà.

	Sistema sociale LEPS	Sistema sanitario LEA
CURE DOMICILIARI	Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 - Dimissioni protette - Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione	DPCM 12/01/2017 art. 22 L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.
	L.234/21 art. \1 comma 162 assistenza domiciliare sociale quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo	DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari di livello base: 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;
	L.234/21 art. \1 comma 162 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari , ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;	DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello: 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
		DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello: 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;
		DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi 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 caregiver.

**Allegato D – accordo di contitolarità nel trattamento dei dati personali ai sensi dell’art. 26
del regolamento UE 2016/679.**

Il Comune di Terni, capofila della Zona Sociale n. 10 Umbria, con sede legale e domicilio fiscale a Terni, Piazza Mario Ridolfi 1, 05100 (TR), (C.F. 00175660554), rappresentato dal Sindaco Stefano Bandecchi, nato a Livorno il 04/04/1961, domiciliato per la carica presso il Comune suddetto, il quale interviene esclusivamente a nome, per conto e nell’interesse dell’Ente che rappresenta, qui di seguito denominato “Comune”, in qualità di soggetto co attuatore del presente Accordo

E

L’Azienda USL Umbria 2, con sede legale e domicilio fiscale a Terni, via Bramante 37, (C.F. 01499590550), rappresentata dal Direttore Generale Dott. Roberto Noto, nato a Foligno PG il 20/07/1960, domiciliato per la carica presso l’Azienda suddetta, il quale interviene esclusivamente a nome, per conto e nell’interesse dell’Ente che rappresenta, qui di seguito denominata “Azienda”, in qualità di soggetto co attuatore del presente Accordo;

Di seguito indicati congiuntamente come le “Parti” o i “Contitolari” e ciascuna separatamente come il “Contitolare” o la “Parte”.

PREMESSO CHE

- in data è stato sottoscritto l’Accordo di collaborazione ai sensi dell’art. 15 della Legge n. 241/1990 per l’attuazione del Livello Essenziale delle Prestazioni relativo al Processo Assistenziale Integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità di cui all’art. 1 Comma 163 della Legge n. 234/2021 tra la Zona sociale n. 10 Umbria e la USL Umbria 2. Per il triennio 2026 – 2028. L’oggetto dell’Accordo di collaborazione riguarda l’istituzione del PUA quale Punto Unico di erogazione delle prestazioni di accoglienza, orientamento ed accettazione delle richieste di prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie;
- L’espletamento di tali attività comporta lo svolgimento di operazioni di trattamento dei dati personali riferibili a persone fisiche identificate o identificabili, di cui le Parti determinano congiuntamente le finalità e i mezzi;
- L’art. 26, comma 1 del Reg. UE 679/2016 GDPR prevede che, qualora due o più titolari del trattamento determinino congiuntamente le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali, esse sia Contitolari di tale trattamento e debbano determinare in modo trasparente, mediante un accordo interno che rifletta adeguatamente i rispettivi ruoli ed i rapporti dei Contitolari con gli Interessati, le rispettive responsabilità in merito all’osservanza degli obblighi derivanti dal GDPR, con particolare riguardo all’esercizio dei diritti dell’Interessato, e le rispettive funzioni di comunicazione delle informazioni di cui agli articoli 13 e 14 del GDPR, oltre a poter designare un punto di contatto per gli Interessati;
- In ossequio a quanto previsto dall’art. 26 del GDPR, le Parti intendono determinare, a mezzo del presente accordo di contitolarità (L’Accordo), le rispettive responsabilità in ordine di trattamenti di dati personali effettuati congiuntamente;

richiamate le premesse, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, tra le parti, come sopra rappresentate, si conviene e si stipula quanto segue.

OGGETTO

1. Con il presente Accordo il Comune di Terni per conto dei Comuni della zona sociale n. 10 Umbria e l'Azienda USL UMBRIA 2 determinano le rispettive responsabilità derivanti dall'osservanza degli obblighi di cui al Regolamento UE n. 2016/679, nonché dalle disposizioni di Legge vigenti inerenti al trattamento dei dati personali riferiti esclusivamente a:
2. Il presente Accordo si applica al Trattamento di contitolarità effettuato per finalità di pianificazione, organizzazione, erogazione e gestione dei servizi ed interventi a valenza sociale, socio-sanitaria e sanitaria relativi alla Zona sociale n. 10, come richiamati nell'Accordo di collaborazione di cui in premessa; per l'adempimento di obblighi previsti dalla Legge, da Regolamenti e dalla Normativa Comunitaria, inclusa la rendicontazione, nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo;
3. Le operazioni di trattamento in contitolarità consistono in:
 - a. Raccolta e conservazione dei dati degli utenti dei servizi pubblici erogati dal Comune di Terni in qualità di Comune capofila della Zona Sociale n. 10 dell'Umbria e dall'Azienda Usl Umbria 2 (quali informazioni anagrafiche, di contatto, di identificazione, relative allo stato di salute, alla disabilità, al reddito, sesso, razza, religione, cittadinanza, a minori in stato di abbandono, persone adulte in condizioni di povertà estrema e/o grave marginalità sociale, donne vittime di abuso, maltrattamento e violenza, anziani);
 - b. Inserimento dei dati nelle varie Banche dati europee, nazionali e regionali e all'interno delle piattaforme di rendicontazione di progetti specifici in base alle diverse fonti di finanziamento;
4. La base giuridica del Trattamento in contitolarità è da individuarsi:
 - a. Nel disposto dell'art. 6 par. 1 lett. E GDPR, ovvero: *“il Trattamento è necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il Titolare del trattamento”*;
 - b. Per dati particolari è rappresentata dall'art. 9 GDPR lett. G *“il trattamento è necessario per motivi di interesse pubblico rilevante sulla base del Diritto dell'Unione o degli Stati membri, che deve essere proporzionato alla finalità perseguita, rispettare l'essenza del diritto alla protezione dei dati e prevedere misure appropriate e specifiche per tutelare i diritti fondamentali e gli interessi dell'Interessato”* e dall'art. 2 ter del D.Lgs. n. 196 del 2003 come mod. dal D.Lgs. n. 101/2018;

Con il presente Accordo le Parti stabiliscono, altresì, i rispettivi obblighi in merito all'esercizio dei diritti degli Interessati e i rispettivi ruoli in merito alla comunicazione dell'informativa.

5. Ai sensi dell'art. 26, comma 3 del regolamento UE 2016/679, indipendentemente dalle disposizioni del presente Accordo, l'Interessato i cui dati sono stati oggetto di trattamento potrà esercitare i propri diritti nei confronti di e conto ciascun contitolare del trattamento.

OBBLIGHI E RESPONSABILITA' DEI CONTITOLARI

1. I Contitolari condividono le decisioni relative alle finalità e modalità del trattamento di dati e sono obbligati in solido a predisporre e mantenere aggiornati tutti gli adempimenti previsti dal Regolamento UE 2016/679 e dalle disposizioni di Legge vigenti in materia di tutela dei dati personali;
2. In particolare, con il presente Accordo, i Contitolari convengono che i dati personali presenti negli archivi, tanto cartacei quanto informatizzati, nonché quelli di futura acquisizione, verranno trattati per le finalità di esecuzione degli obblighi assunti con l'Accordo di collaborazione ai sensi dell'art.

15 della Legge 241/1990 al fine della attuazione ed istituzione del PUA – triennio 2026 - 2028 sottoscritto dai Contitolari in data;

3. L'informativa di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento sarà redatta dall'Azienda USL UMBRIA 2, la quale dovrà precisare nella medesima, in modo chiaro e comprensibile per l'Interessato, la contitolarità del trattamento. L'informativa sarà consegnata all'Interessato dal Contitolare presso il quale questi si rivolge per la presentazione dell'istanza, ed il Contitolare dovrà assicurarsi che essa sia sottoscritta per presa visione;
4. Ciascun Contitolare è autorizzato a ricorrere a fornitori/subfornitori esterni per la fornitura di qualsiasi servizio relativo alla gestione delle attività di cui al presente Accordo a condizione che:
 - a. L'individuazione del Responsabile avvenga nel rispetto dei requisiti stabiliti dall'art. 28, comma 1 GDPR;
 - b. I trattamenti effettuati da parte del Responsabile, per conto dei Contitolari, siano disciplinati da un contratto o altro atto giuridico a norma del diritto dell'Unione europea o degli Stati membri, che vincoli il Responsabile ai Contitolari e che stipuli la materia disciplinata e la durata del trattamento, la natura e la finalità del trattamento, il tipo dei dati personali e le categorie di Interessati, gli obblighi e i diritti dei Contitolari, prevedendo in particolare il contenuto minimo stabilito dall'art. 28, comma 3 del GDPR nonché il divieto, per il Responsabile, di ricorrere a sub-Responsabili salvo specifica autorizzazione scritta dei Contitolari;
 - c. L'altro Contitolare non si opponga motivatamente, entro un termine ragionevole dalla comunicazione dell'intenzione del Contitolare di ricorrere ad un determinato Responsabile;
5. Le Parti convengono inoltre che i reclami e le richieste di esercizio dei diritti presentati dall'Interessato del trattamento in contitolarità, saranno gestiti dall'Azienda USL UMBRIA 2 in considerazione dell'oggetto e della competenza della richiesta, restando in ogni caso inteso che gli Interessati potranno esercitare i propri diritti nei confronti di ciascun Contitolare ai sensi dell'art. 26, comma 3 del Regolamento sopra citato. In relazione all'esercizio dei diritti dell'Interessato, l'Azienda USL UMBRIA 2 adotterà le misure tecniche, organizzative, infrastrutturali e procedurali adeguate a dare seguito alle richieste di esercizio dei diritti avanzate da parte dell'Interessato, nonché alle richieste delle Autorità competenti, fornendo adeguato riscontro in forma concisa, trasparente, intelligibile, facilmente accessibile e con un linguaggio semplice e chiaro. A tal riguardo, ciascuna delle Parti collaborerà con l'altra Parte nelle attività di comunicazione tempestiva delle istanze dell'interessato, nella raccolta delle informazioni necessarie per fornire una risposta tempestiva ed efficace agli iscritti, ai sensi di quanto previsto dalla Normativa Applicabile e delle richieste formulate dalle Autorità competenti.
6. Per i danni derivanti dalla violazione dei dati, i Contitolari del trattamento saranno responsabili in solido per l'intero ammontare del danno al fine di garantire il risarcimento effettivo dell'interessato.
7. Pertanto, ogni Contitolare potrà essere chiamato a risarcire in toto l'Interessato che dimostri di essere stato danneggiato dal trattamento dei relativi Dati. Soltanto in un momento successivo, il Contitolare che ha risarcito in toto l'Interessato potrà rivalersi sull'altro Contitolare, responsabile effettivo del danno, esercitando l'azione di regresso di responsabilità;
8. Le Parti si impegnano altresì, ai sensi dell'art. 26, comma 2 del Regolamento UE 2016/679, a mettere a disposizione dell'Interessato il contenuto essenziale del presente Accordo. Le Parti si danno atto che i Dati personali trattati, per le finalità di esecuzione degli obblighi assunti con l'Accordo di collaborazione ai sensi dell'art. 15 della Legge n. 241/1990 al fine dell'attuazione ed istituzione del PUA – triennio 2026 - 2028 sottoscritto dai Contitolari in data; oggetto del presente Accordo, i dati saranno conservati per il tempo strettamente necessario alla gestione di dette attività nonché per esigenze difensive delle Parti ed in ogni caso saranno conservati nel rispetto delle disposizioni normative vigenti, disposizioni civilistiche e disposizioni

Regolamentari di settore. Le Parti si danno atto che i Dati personali trattati per le finalità amministrative e contabili saranno conservati, nel limite massimo del termine prescrizione ordinario, applicabile ai rapporti contrattuali o ad altri rapporti giuridici (massimo 10 anni);

9. Con il presente Accordo, i Contitolari del trattamento individuano, quale punto di contatto ai sensi dell'art. 26, par. 3 GDPR, la persona del DPO dell'Azienda USL UMBRIA 2 raggiungibile all'indirizzo e-mail e PEC

SEGRETEZZA E CONFIDENZIALITA'

1. Il Contitolare del trattamento si impegna a garantire la segretezza dei Dati personali raccolti, trattati e utilizzati in virtù del rapporto di Contitolarità instaurato con il Titolare;
2. In ogni caso, le Parti si impegnano a considerare strettamente confidenziale tutto il materiale generalmente non di dominio pubblico, ed in particolare i rispettivi segreti, e si impegnano ad utilizzare tali informazioni esclusivamente per gli scopi e le finalità di trattamento previsti dal presente Accordo.

SICUREZZA DELLE INFORMAZIONI

1. I Contitolari del trattamento sono tenuti all'adozione di tutte le misure di sicurezza tecniche e organizzative adeguate a proteggere i Dati personali raccolti, trattati e utilizzati nell'ambito del rapporto di contitolarità, conformemente al piano di sicurezza stabilito. I Contitolari del trattamento dovranno verificare periodicamente il rispetto di tali misure e fornire sufficiente documentazione al Titolare;
2. I Contitolari del trattamento adotteranno tutte le misure di sicurezza tecniche e organizzative per il tempestivo recupero della disponibilità dei dati personali in caso di incidente fisico o tecnico;
3. I contitolari eseguiranno un monitoraggio periodico sul livello di sicurezza raggiunto, al fine di renderlo sempre adeguato al rischio.

DISPOSIZIONI CONCLUSIVE

1. Eventuali modifiche al presente Accordo dovranno essere apportate per iscritto attraverso una dichiarazione concordata tra le Parti;
2. L'invalidità, anche parziale, di una delle clausole del presente Accordo non pregiudica la validità delle restanti clausole, quando non di stretto collegamento;
3. Le Parti, letto e compreso il contenuto del presente accordo, lo sottoscrivono esprimendo pienamente il loro consenso.

CATEGORIE DI INTERESSATI	TIPOLOGIE DI DATI PERSONALI
Utenti della Zona sociale n. 10 dell'Umbria	Dati anagrafici, di contatto, di identificazione, relative allo stato di salute, alla disabilità, al reddito, sesso, razza, religione, cittadinanza, ai minori in stato di abbandono, persone adulte in condizione di povertà estrema e/o grave marginalità sociale, donne vittime di abuso, maltrattamento e violenza, anziani

Terni

Il Responsabile della Zona Sociale n. 10

Sindaco del Comune di Terni

Stefano Bandecchi

Per l'Azienda USL UMBRIA 2

Il Direttore Generale

Dott. Roberto Noto