

ACCORDO DI PROGRAMMA

PIANO NAZIONALE NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024

Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione socio-sanitaria per persone con non autosufficienza, disabilità e fragilità sociale e sanitaria.

Il Distretto di Parma rappresentato dal Comune di Parma, in veste di Comune capofila, rappresentato dall'Assessore alle Politiche Sociali, Dott. Ettore Brianti

e

l'Azienda Sanitaria Locale di Parma, rappresentata dal Direttore del Distretto Sanitario, Dott.ssa Maria Teresa Guarnieri;

di seguito indicati anche congiuntamente come Parti

Considerate la Legge n. 33/2017, il D.Lgs. n. 147/2017 e la Legge n. 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';
- il DPCM 3 ottobre 2022 Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024;
- Missione 5 "Inclusione e Coesione" e Missione 6 "Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- la D.G.R. n. 2221/2022 Provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del D.M. n.77 del 23 maggio 2022;
- la D.G.R. n. 905 del 5/6/2023 Programmazione regionale per il triennio 2022-2024 del Fondo nazionale per le Non Autosufficienze;
- la D.G.R. n. 2161 del 12/12/2023 Linee Guida per la progettazione e l'implementazione dei Punti Unici di Accesso e la Definizione degli Accordi di Programma in materia di integrazione socio-sanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità;
- la Convenzione tra il Comune di Parma per la gestione associata tra gli Enti Locali del Distretto di Parma di competenze, uffici, servizi, interventi per l'attuazione di politiche in campo Sociale e Socio Sanitario e il funzionamento dell'Ufficio di Piano e del Servizio Assistenza Anziani. Anni 2024-2025-2026 (Rep. 19994/2024 Raccolta Scritture Private Comune di Parma);
- la Convenzione tra il Comune di Parma in qualità di Comune Capofila del Distretto di Parma e l'Azienda USL di Parma per la gestione dei Fondi per la Non Autosufficienza – Area Anziani – anno 2024 (Rep. n. 20049/2024 Raccolta Scritture Private Comune di Parma), prorogata poi fino al 31.03.2025 (si richiamano la Determinazione Dirigenziale Comune di Parma n. DD/2024-4008 e la Determinazione dell'Azienda USL di Parma n. 79/2025);
- la Convenzione tra il Comune di Parma in qualità di Comune Capofila del Distretto di Parma e l'Azienda USL di Parma per la gestione dei Fondi per la Non Autosufficienza – Area Anziani con validità per il periodo aprile-dicembre 2025 (Rep. n. 20391/2025 Raccolta Scritture Private Comune di Parma);

- la Convenzione tra il Comune di Parma in qualità di Comune Capofila del Distretto di Parma e l'Azienda USL di Parma per la gestione dei Fondi per la Non Autosufficienza – Area Anziani con validità per l'anno 2026 (Rep. n. 20508/2026 Raccolta Scritture Private Comune di Parma);
- la Convenzione tra il Comune di Parma in qualità di Comune Capofila del Distretto di Parma e l'Azienda USL di Parma per la gestione dei Fondi per la Non Autosufficienza – Area Disabili e Gravissime disabilità acquisite – anno 2024 (Rep. n. 20048/2024 Raccolta Scritture Private Comune di Parma);
- la Convenzione tra il Comune di Parma in qualità di Comune Capofila del Distretto di Parma e l'Azienda USL di Parma per la gestione dei Fondi per la Non Autosufficienza – Area Disabili e Gravissime disabilità acquisite – anno 2025 (Rep. n. 20325/2025 Raccolta Scritture Private Comune di Parma);
- la Convenzione tra il Comune di Parma in qualità di Comune Capofila del Distretto di Parma e l'Azienda USL di Parma per la gestione dei Fondi per la Non Autosufficienza – Area Disabili e Gravissime disabilità acquisite – anno 2026 (approvata con Determinazione Dirigenziale del Comune di Parma n. DD/2025-3846);
- la D.G.R. n. 2149 del 11/11/2024 Modifica programmazione risorse finanziarie per il triennio 2022-2024 del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze;

PREMESSO CHE

il Distretto sociosanitario rappresenta lo snodo strategico e il punto nevralgico dell'integrazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria ed orienta, su un bacino specifico di popolazione, la lettura dei bisogni e delle risorse e la programmazione degli interventi;

il Comitato di Distretto, così come definito dalle Leggi Regionali 19/1994 e 29/2004, svolge il ruolo di governo delle politiche sociali, sociosanitarie e sanitarie territoriali dell'ambito distrettuale, tramite l'esercizio delle funzioni di programmazione, regolazione e verifica, garantendo uno stretto raccordo con la Conferenza territoriale sociale e sanitaria e avvalendosi dell'Ufficio di Piano per quanto attiene la funzione tecnica istruttoria delle decisioni;

a livello distrettuale Enti Locali ed Azienda Sanitaria sono impegnati nella costruzione di un Welfare di comunità, che riconosca la stretta e peculiare combinazione tra le politiche, incidenti sulla qualità della vita e condizionanti anche la effettiva fruibilità dei servizi. In particolare rispetto al Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, Enti Locali e Azienda Sanitaria sono impegnati nella costruzione di un sistema di Governance attento alla integrazione, equità e accessibilità;

il Comune di Parma, attraverso il "Patto sociale per Parma", ha promosso un percorso partecipato che ha coinvolto Comune, Azienda Unità Sanitaria Locale, Azienda Ospedaliero Universitaria, Università degli Studi, rappresentanti del Terzo Settore, sindacati, mondo associativo ed economico della città di Parma per affrontare in modo innovativo ed efficace i bisogni sociali e che in particolare:

- il metodo di costruzione e l'attuazione del "Patto Sociale" si sviluppano secondo il principio della programmazione partecipata, attraverso una "Cabina di regia" (presieduta dall'Assessore alle Politiche Sociali), l'istituzione di un Osservatorio per il Welfare, Tavoli tecnici integrati tra sociale, sanitario e cooperazione/Terzo Settore;
- scopo della programmazione partecipata è la stimolazione continua di processi di analisi e proposta di revisione dei percorsi e delle prassi esistenti, con l'obiettivo di facilitare la partecipazione progettuale e l'attuazione di co-programmazioni e co-progettazioni;
- il Patto Sociale per Parma ha unito e unirà quindi il lavoro di tecnici qualificati del settore socio-sanitario, la visione politica dell'Amministrazione e la progettualità e le idee del Terzo Settore, della Cooperazione sociale e dei cittadini;
- le tematiche affrontate nel percorso partecipato del Patto Sociale riguardano:
 - ✓ Case di Comunità;
 - ✓ Dimissioni difficili e protette;

- ✓ Famiglia e genitorialità;
- ✓ Disturbi di Salute Mentale (DSM) e disabilità;
- ✓ Disturbi di Salute Mentale (DSM) e fragilità;

ad esito del percorso PATTO SOCIALE (approvato con Deliberazione della Giunta Comunale n. GC-2023-215 del 26/06/2023) si è costituito un gruppo di lavoro, formato da Azienda USL, Enti locali del Distretto gestori dei Servizi Sociali Territoriali, allo scopo di stimolare continui processi di analisi e proposte di revisione dei percorsi e delle prassi esistenti, con l'obiettivo di facilitare la partecipazione progettuale e l'attuazione di co-programmazioni e co-progettazioni;

il Comune di Parma, all'interno dell'adesione al progetto Welfare Innovation Local Lab (W.I.L.L.) di cui alla Deliberazione della Giunta Comunale n. GC-310-2023 del 25/09/2023, ha deciso, di concerto con l'AUSL di Parma, di realizzare una sperimentazione finalizzata alla realizzazione di un processo di innovazione all'interno delle Case della Comunità, già previsto all'interno delle azioni promosse dal "Patto Sociale per Parma" e volto a rendere i Punti Unici di Accesso, previsti dal D.M. 77/2022, ed i processi di valutazione multidimensionale del bisogno ad essi collegati quale snodo centrale per il contributo partecipativo e sinergico dei servizi pubblici, degli enti di terzo settore e delle risorse di comunità al fine di garantire a tutti i cittadini un pieno ed effettivo accesso ai servizi territoriali e un sistema di risposte appropriate. Tale lavoro, che si è sviluppato in diverse fasi, tra maggio 2023 e novembre 2024, è stato affidato ad un gruppo di professionisti afferenti ai diversi servizi sociali e sanitari coinvolti ed accompagnato da consulenti e facilitatori incaricati dalla Fondazione Istituto per la finanza e l'economia locale (IFEL), esitando in un documento di restituzione consegnato dai formatori incaricati da W.I.L.L. in data 15/11/2024 ed approvato dalla cabina di regia del Patto sociale in data 18/11/2024;

il lavoro svolto dal gruppo interaziendale di professionisti ha prodotto un documento di restituzione di quanto svolto, approvato in Cabina di Regia del Patto sociale per Parma del 18/11/2024 e propedeutico alla stesura del presente Accordo;

PREMESSO ALTRESÌ CHE

si è ritenuto opportuno:

- elaborare un modello capace di ricomporre e potenziare gli interventi sia del sistema dei servizi sociali che dei servizi sanitari in una logica di sistema in cui i livelli essenziali delle prestazioni hanno come obiettivo la risposta alle esigenze delle persone in modo complessivo;
- disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria e, nello specifico del presente Atto, per le persone con non autosufficienza, disabilità o fragilità sociale e sanitaria, così come previsto dall'allegato alla Deliberazione Regionale n. 2161 del 12 dicembre 2023;

e pertanto approvare i seguenti Accordi interistituzionali di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione socio-sanitaria per persone con non autosufficienza, disabilità e fragilità sociale e sanitaria:

- Accordo interistituzionale sottoscritto in data 31.01.2024, con validità dodici mesi (Prot. Gen. Comune di Parma n. 21807 del 31.01.2024);
- Accordo interistituzionale sottoscritto in data 03.02.2025, con validità dodici mesi (Prot. Gen. Comune di Parma n. 23249 del 03.02.2025);

PRESO ATTO CHE

il Comitato di Distretto, nella seduta del 02.02.2026, valutata la riorganizzazione della Direzione del Distretto AUSL di Parma, si è espresso favorevolmente in merito alla sottoscrizione di un Accordo transitorio – la cui validità è stata condivisa tra il Comune di Parma e l'Azienda USL fino al 30.09.2026 o comunque sino alla definizione di un nuovo Accordo interistituzionale - per dare seguito al processo di

integrazione dei servizi socio-sanitari e riaprire i tavoli per ridefinire la collaborazione istituzionale, organizzativa e professionale;

LE PARTI

CONVENGONO

Titolo I – Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione

Art 1 - Finalità

Il presente Accordo di Programma, ai sensi della normativa richiamata in premessa, viene stipulato quale Accordo sperimentale che intende dare seguito al processo di integrazione dei servizi e tra servizi intrapreso il 01/02/2024 e che, sperimentalmente, attraverso l'identificazione degli ambiti sui quali intervenire prioritariamente, si propone 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
- d) valutazione del sistema integrato;
- e) 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 di Parma, 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, in condizione di disabilità o fragilità sociale e sanitaria, che necessitano di interventi di tipo sia sociale che sanitario, secondo le disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021.

Tale Accordo, fatto salvo quanto prescritto dalla norma, potrà essere integrato o modificato in corso di attuazione, con il consenso delle parti, e può dare luogo a successivi protocolli operativi che approfondiscano e specificano aspetti organizzativi, professionali, amministrativi e contabili.

Art. 3 – Durata

Il presente Accordo ha validità, senza soluzione di continuità sino al 30.09.2026, o comunque sino alla definizione di un nuovo Accordo interistituzionale in materia.

Art. 4 - Cooperazione interprofessionale ed organizzativa

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'**Allegato 1** del presente Accordo, la cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell'équipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.

L'équipe 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- Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti, con disabilità o fragilità sociale e sanitaria è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione Multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale individualizzato, monitoraggio e rivalutazione.

Le suddette macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di azione, tutte 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.

La prima valutazione può intendersi, in determinati casi, quale valutazione integrata multidimensionale leggera di I livello operata dall'Assistente sociale dell'ATS e infermiere mentre la valutazione multidimensionale attiene particolarmente al II livello e relativamente ai bisogni complessi alla cui analisi partecipano anche medici e specialisti di settore, sia di ambito sociale che di ambito sanitario.

In particolare, nella fase di accesso può avvenire il primo contatto diretto del cittadino con una o più figure socio sanitarie con contestuale o immediatamente successivo coinvolgimento della rete di Comunità presente presso le sedi delle Case della comunità (CdC) e attualmente coordinata dal Centro di servizi volontariato (Csv Emilia). Al momento dell'accesso viene fatto un lavoro di primo triage e rilevazione del bisogno semplice, con accompagnamento e avvio verso i corretti percorsi socio-sanitari e comunitari. I tempi di realizzazione di questa fase dovranno essere il più possibile tempestivi e immediati, correlatamente agli orari di attività della CdC.

Art 6- Modalità di integrazione degli interventi

In riferimento alle disposizioni del Comma 160 della L. 243/2021, e come definito all'**Allegato 2** 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, a partire dalla definizione e condivisione di dispositivi organizzativi integrati.

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 - 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.

Il D.M. 77/2022 disciplina i Punti Unici di Accesso (PUA) come snodi fondamentali per la presa in carico integrata e continuativa dei cittadini, prevedendo che siano accessibili e facilmente individuabili sul territorio di riferimento delle Case della Comunità. I PUA devono facilitare l'accesso ai servizi sanitari e sociali e promuovere l'integrazione tra assistenza sanitaria, socio-sanitaria e servizi sociali locali, coordinando anche il collegamento con altre risorse e reti di supporto nel territorio. La fisionomia dei PUA prevede un'organizzazione che consenta ai cittadini, in particolare alle persone più fragili, di ottenere informazioni, orientamento e supporto per le diverse necessità assistenziali. I PUA sono strutturati per offrire servizi di accoglienza, valutazione dei bisogni e attivazione di percorsi personalizzati di assistenza.

Il Punto Unico di Accesso rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai Servizi Sociali, Sanitari e Sociosanitari rivolto, 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.

Come da **Allegato 3**, i PUA del Distretto di Parma, predisposti per la valutazione socio-sanitaria integrata, hanno sede all'interno delle Case della Comunità e sono costituiti da un'équipe integrata comprendente:

- a. un infermiere (AUSL).
- b. un assistente sociale (ATS).

Questa équipe ha come riferimento per la gestione di casi complessi anche una figura medica individuata sulla base dei modelli organizzativi aziendali (ad. Es. Medico di Medicina Generale).

Art 9 - Prima Valutazione o Valutazione integrata multidimensionale leggera di primo livello

L'équipe del PUA deputata, per determinati casi, alla valutazione leggera di I livello effettua la prima valutazione multidimensionale leggera, attivando anche le risorse della Comunità.

In questa fase, laddove il bisogno risultasse più complesso, il PUA avvia il passaggio all'area specialistica, sia sociale che sanitaria, per le azioni necessarie ad attivare una valutazione multidimensionale di secondo livello integrando le competenze socio sanitarie necessarie.

Segue la stesura del PAI con attivazione di risorse/opportunità/sostegni/servizi che hanno caratteristiche, durata e modalità definite da linee operative, regolamenti, atti istituzionali sociali e sanitarie che il PUA recepisce e attua.

Al fine di dare sostenibilità al sistema, risulta fondamentale il contributo partecipativo della comunità e del terzo settore per poter allestire interventi efficaci e per ricomporre tutte le risorse di prossimità e informali nel supporto individualizzato.

Art. 10 - Équipe integrata di ambito e Unità di valutazione multidimensionale di secondo livello

L'Ambito Territoriale Sociale e il Distretto Sanitario costituiscono l'équipe 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.

Tale équipe può costituirsi su casi già in carico e seguiti per percorsi specialistici come già avviene oppure su richiesta del PUA ove riscontrasse bisogni particolarmente complessi o ulteriori necessità di approfondimento specialistico ovvero in presenza di norme che lo prescrivono, attivando l'Unità di Valutazione Multidimensionale e Multiprofessionale di secondo livello.

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'équipe 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. Gli Enti Locali afferenti al Distretto e l'Azienda Sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'équipe 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 - Piano Assistenziale Individualizzato

Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) 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'équipe integrata definisce gli obiettivi del PAI 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.

Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività di degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione.

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, *comma 4 bis dell'art. 1 del D.L. 34/2020 convertito in L. 77/2020* art. 1 comma 4, con le risorse sociali e sanitarie e destinate all'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Capo IV del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, sulla base della programmazione sociosanitaria del Distretto.

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 è costituito dal Direttore del Distretto Sanitario, o suo Delegato e dal Responsabile dell'Ufficio di Piano o suo Delegato, garante della realizzazione degli obiettivi di integrazione tra ATS e Distretto Sanitario, e che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività disciplinate nel presente accordo.

L'Ufficio sociosanitario integrato di ambito può avvalersi di ulteriori figure professionali e tecnico amministrative quale gruppo tecnico di supporto che risulterà costituito da n. 3 rappresentanti dell'ambito

sociale (di cui n. 1 dei Comuni del forese) e n. 2 rappresentanti del Distretto Sanitario, espresse dal Comitato di Distretto.

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 Socio-Sanitari 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.

Gli enti firmatari provvederanno, previa consultazione tra i rispettivi DPO, all'adozione di un protocollo operativo, contenente soluzioni tecniche idonee a garantire la protezione, la disponibilità, l'accessibilità, l'integrità e la riservatezza dei dati messi a disposizione, in ottemperanza di quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Titolo III - Impegni degli Enti aderenti

Art. 15 – Impegni delle Amministrazioni Locali

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 la Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria 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 1** dell'Accordo;
- la dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione all'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- la piena cooperazione tra le strutture organizzative delle singole amministrazioni con l'Équipe 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 socio-sanitario, con particolare riferimento alle Case di Comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.
- Promuovere la partecipazione degli operatori ai gruppi di lavoro inerenti allo sviluppo sperimentale del PUA.

Quanto sopra rappresentando che l'Amministrazione Comunale di Parma, Ente capofila dell'Ambito territoriale, ha provveduto all'assunzione di n. 2 Assistenti Sociali a tempo indeterminato, utilizzando il finanziamento vincolato previsto dalla normativa vigente.

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 1** 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'Équipe 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.
- Promuovere la partecipazione degli operatori ai gruppi di lavoro inerenti allo sviluppo sperimentale del PUA.

Art. 17 - Strumenti realizzativi accordo di programma in fase sperimentale

Trattandosi di un Accordo che sottende per la sua piena attuazione una fase iniziale di sperimentazione organizzativa e gestionale, i due Enti concordano nel costituire un gruppo di lavoro finalizzato a individuare modelli, strumenti e forme di collaborazione strutturate e condivise al fine di dare concreta attuazione alla realizzazione compiuta del modello dei PUA nelle Case della Comunità.

Al riguardo il gruppo di lavoro che verrà individuato, sarà chiamato, in primis, a definire operativamente ed organizzativamente gli aspetti attuativi delle macrofasi del percorso assistenziale integrato di cui all'allegato 1 per presente accordo.

Allegati (parti integranti e sostanziali del presente Accordo):

Allegato 1 Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.

Allegato 2 Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

Allegato 3 Il punto unico d'accesso (PUA) nel Distretto di Parma.

Allegato 1 - 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 multidimensionale dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	- Équipe 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 Socio-Sanitari, 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:

- 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.
- 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.
- Avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
- 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.
- 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 infermieristico 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.

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 (UVM/UVM o équipe 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 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:

- L'infermiere di comunità
- L'Assistente Sociale dell'ATS.

Nelle situazioni complesse la composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapisti della riabilitazione, psicologo, ecc.) 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'équipe integrata multidisciplinare è individuato dal Distretto Socio-Sanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale.

Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'équipe 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 di cui all'art.13.

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 2 - Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità

	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	DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di I^a 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
	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 II^a 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^a 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 care-giver.

Allegato 3 - IL PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA) NEL DISTRETTO DI PARMA

Premessa

Successivamente all'introduzione degli ultimi interventi normativi in materia di Punti unici di accesso contenuti nella Legge di Bilancio del 2022 (L.234/2021), nel DM 77/2022 e contestualmente al DPCM 3 ottobre 2022 – Piano Nazionale Non Autosufficienze 2022-24 e il suo recepimento in sede regionale con la DGR 905/2023 e DGR 2161/2023, il PUA viene connotato come dispositivo socio-sanitario integrato.

Questo tema è stato centrale all'interno dei lavori svolti per la definizione del Patto sociale per Parma, approvato con DELIBERAZIONE N. GC-2023-215 DELLA GIUNTA COMUNALE IN DATA 26/06/2023.

Per la definizione del Patto sociale la scelta è stata quella di andare ad approfondire cinque aree tematiche declinate in cinque tavoli di lavoro operativi composti da operatori socio-sanitari del Distretto (Case della Comunità, dimissioni difficili e protette, famiglia e genitorialità, disturbi di salute mentale DSM e disabilità, disturbi di salute mentale DSM e fragilità adulta) e ci si è posti l'obiettivo di andare a definire una serie di priorità di intervento da attuare a partire dal 2024.

Il metodo di costruzione e attuazione del Patto Sociale per Parma si è sviluppato, secondo il principio della programmazione partecipata, in 5 fasi: 1. Ascoltare e analizzare; 2. Descrivere; 3. Programmare; 4. Attuare; 5. Valutare gli esiti. Tutte queste fasi sono state coordinate da una Cabina di Regia, organismo congiunto per il governo del processo di analisi e proposta di revisione dei percorsi e delle prassi esistenti con l'obiettivo di facilitare la partecipazione progettuale e l'attuazione di co-programmazioni e co-progettazioni. La Cabina di Regia, presieduta dall'Assessore alle Politiche Sociali, in essere per tutta la durata del Patto, è composta da rappresentanti delle Direzioni delle Aziende Sanitarie, del Comune, del Terzo Settore, Centro Servizi per il Volontariato Emilia (CSV) cooperazione sociale, delle organizzazioni sindacali e altri componenti a seconda delle necessità e dei progetti.

Gli esiti dei lavori svolti all'interno dei tavoli operativi del Patto sociale sono confluiti in tredici progetti prioritari, approvati dalla cabina di regia, che sono risultati utili alla definizione del presente Accordo di programma.

In particolare il tavolo "Case della Comunità" ha analizzato il funzionamento ed ha suggerito innovazioni per lo sviluppo della prima Casa della Comunità sorta nel Distretto di Parma, ovvero la Casa della Comunità Lubiana –San Lazzaro che oltre ad accogliere al proprio interno i professionisti del Polo Sociale Lubiana del Comune di Parma ed i professionisti dell'ASL a vario titolo (CUP, MMG, Cure primarie, ecc.) vede la presenza dei volontari del Punto di comunità previsti dalla convenzione con CSV Emilia nell'ambito del Progetto Parma Welfare oltre che della figura innovativa del facilitatore del lavoro di comunità, recentemente implementata attraverso convenzione del Comune di Parma con CSV Emilia, assunta con Determinazione Dirigenziale n DD 2368 / 2023

Dal lavoro dei tavoli è già stata fatta un'analisi delle casistiche che evidenzia la necessità di lavorare in modo integrato fin dalla prima presa in carico, tema dell'UVM variabile e differenziata a seconda della criticità rilevata dalla prima valutazione sociosanitaria. Tale modalità di intervento è pienamente coerente con quanto previsto dalla normativa in essere relativa alla definizione dei PUA.

La progettazione del PUA nelle Case della Comunità

1. Target di utenza

Il PUA nella funzione di informazione e orientamento sui servizi della rete (in particolare modo per quelli sanitari e sociosanitari) si rivolge alle singole persone e alle famiglie residenti o temporaneamente presenti sul territorio del Distretto che esprimono una problematica che può necessitare di un intervento di tipo sociale, sociosanitario o sanitario.

Il PUA nella sua funzione di valutazione di primo livello e presa in carico integrata si rivolge prevalentemente agli anziani in situazione di non autosufficienza.

2. Modalità di accesso

L'accesso al PUA nelle Case della Comunità è diretto da parte dei cittadini e/o avviene su invio di un professionista della rete dei Servizi sociali e sanitari.

3. Mission: funzioni assegnate

- Accoglienza e ascolto delle problematiche rappresentate;
- Informazione e orientamento sui servizi sanitari, sociosanitari e sulle modalità di loro attivazione;
- Informazioni su risorse e progetti di Comunità (volontariato, associazionismo, etc);
- Valutazione del caso;
- Tempestiva presa in carico per le situazioni più urgenti e/o prioritarie con attivazione di servizi socio-sanitari e sanitari appropriati, con eventuale segnalazione dei casi ad elevata complessità sanitaria alla COT.

4. Governance del modello

I PUA hanno sede all'interno delle Case della Comunità e sono costituiti da un'équipe integrata, dedicata alla valutazione socio-sanitaria di primo livello, comprendente:

- un infermiere (AUSL);
- un Assistente Sociale (ATS).

Questa équipe ha come riferimento per la gestione di casi complessi anche una figura medica individuata sulla base dei modelli organizzativi aziendali (ad es. Medico di Medicina Generale).

Nel Distretto sarà definito durante il corso del 2025 un'estensione del progetto per i PUA delle Case della Comunità presenti sul territorio sulla base del modello organizzativo sopra riportato e a partire dall'analisi del contesto territoriale in cui si inserisce ciascuna Casa della Comunità, definendo di conseguenza le più funzionali modalità di integrazione tra servizi sanitari, socio-sanitari e sociali.

Nel corso del 2025 verranno avviate le attività del PUA presso la Casa della Comunità di Colorno, ed in una logica di sviluppo sono state individuate ulteriori due sedi presso cui proseguire la sperimentazione del modello distrettuale avviata nel 2024, le Case della comunità San Leonardo e Montanara, in aggiunta alle due Case della Comunità sul territorio di Parma, sede della sperimentazione del 2024 (Lubiana – S. Lazzaro e Pablo –Golese).

Il sistema unitario del PUA dovrà dotarsi di criteri e strumenti di valutazione dell'urgenza e/o priorità che garantiscano una modalità di valutazione omogenea a livello distrettuale e dovrà definire quali tipologie di percorsi siano attivabili direttamente o in collaborazione con le COT.

Sperimentazione organizzativa

A seguito della sottoscrizione degli Accordi di Programma di ambito distrettuale verranno attuati step di monitoraggio della sperimentazione in atto anche al fine di definire il progredire delle relative modalità organizzative e gestionali individuate dal gruppo di lavoro.

Si ritiene che tale periodo di sperimentazione possa permettere sia di verificare in concreto quale sia l'utenza prevalente che si presenta ai PUA delle Case della Comunità e quali siano i bisogni più ricorrenti da essa manifestati sia di valutare, conseguentemente, se l'organizzazione dei PUA e nell'integrazione con la rete già esistente dei servizi sia funzionale all'esercizio del ruolo/funzioni condivise nel presente documento.

Nell'ambito degli accordi del Comune di Parma con la rete WILL, suggellata con deliberazione della Giunta comunale n. gc-310-2023 del 25/09/2023 che ha espresso indirizzo favorevole alla stipula di un Accordo di collaborazione ex art. 15 l. 241/90 con la fondazione istituto per la finanza e l'economia locale (IFEL) per la sperimentazione di nuove forme di Welfare locale per le annualità 2023-2024. i.e. ed in piena condivisione con la Cabina di regia del Patto sociale verrà istituito un Gruppo di Lavoro interistituzionale con il mandato di elaborare e proporre:

- criteri e strumenti di valutazione dell'urgenza e/o della priorità;
- tipologie di percorsi e interventi attivabili per ciascuna delle macro fasi del percorso socio-assistenziale integrato;
- un sistema di monitoraggio della sperimentazione;

- impostazione della mappa delle fragilità: focalizzazione delle esigenze ed aspettative rispetto alla mappatura, fonti di dati.

Parma lì,

Letto, approvato e sottoscritto.

Per il Comune di Parma

Firma _____

Per L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

Firma _____