

DISTRETTO C  
Direttore ad interim  
Dott. Giovanni Biancalana  
Via F. Petrarca s.n.c- 01033 CIVITA CASTELLANA  
TEL. 0761 592427 - FAX 0761 592589

Prot. n 27008 DEL 25/03/2025  
DISTRETTO C

Civita Castellana, 25/03/2025

Alla c.a. del Sindaco del Comune di Vetralla (VT)

Responsabile di Settore VIII Dott.ssa Francesca Spigarelli

Pec: [comune.vetralla@legalmail.it](mailto:comune.vetralla@legalmail.it)

[fspigarelli@comune.vetralla.vt.it](mailto:fspigarelli@comune.vetralla.vt.it)

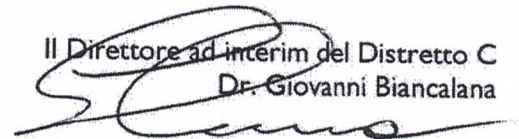
**Oggetto :** Accordo di Programma PDZ Distretto Socio Sanitario VT4

Gentilissimo Sindaco,

in relazione alla Vs Nota Protocollo N. 0007277/2025 del 12/03/2025 e Protocollo ASL Viterbo n.22569 del 12/03/2025, riguardante il sollecito per la firma dell'Accordo di Programma relativo al Piano di Zona 2024/2026 del Distretto VT4, si trasmette quanto in oggetto.

Ringraziandola anticipatamente, si porgono distinti saluti

Il Direttore ad interim del Distretto C  
Dr. Giovanni Biancalana



## Accordo di Programma

L'**Azienda Sanitaria Locale di Viterbo** rappresentata dal Direttore Generale Dr Egisto Bianconi nato a Roma il 30/01/1968 sede Legale Via Enrico Fermi n°15 - 01100 Viterbo

Il **Distretto VT4**, con sede legale presso il Comune di Vetralla, P.zza Umberto I 1 , C.F00188530562 , rappresentato dal Sindaco legale rappresentante Sandrino Aquilani, nato a Vetralla , il 17/07/1945.

Considerate la Legge 33/2017, il D.lgs. 147/2017 e la Legge 234/2021;  
Richiamati il D.P.C.M. 29 novembre 2001 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza' e il D.P.C.M 12 gennaio 2017 'Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza';  
Allo scopo di disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria e, nello specifico del presente Atto, per le persone con non autosufficienza o disabilità;

### CONVENGONO

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

##### *Art 1 - Finalità*

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

- a) il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti;
- b) le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- c) i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato;
- d) progetti innovativi che permettano il diffondersi del metodo del budget di salute, sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

##### *Art. 2 - Oggetto*

Per l'ambito territoriale VT4, il presente Accordo di Programma definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessari per l'attuazione del **Livello Essenziale delle Prestazioni** relativo al Processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità, che necessitano di interventi di tipo sia sociale che sanitario, secondo le disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021.

##### *Art. 3 - Percorso assistenziale integrato*

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

##### *Art. 4 - Cooperazione interprofessionale*

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato A del presente

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

#### *Art. 5 - Cooperazione organizzativa*

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito all'allegato B del presente accordo, il percorso assistenziale integrato è garantito all'interno del Distretto Sociosanitario, attraverso punti unitici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità. Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e ai Distretti Sociosanitari, che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata; allo stesso tempo definiscono la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata comune all'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.

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

In riferimento alle disposizioni del Comma 160 della L. 243/2021, e come definito all'allegato C del presente accordo, i LEPS sono realizzati dai Distretti Sociosanitari che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi. L'erogazione di interventi, servizi o attività, secondo modalità dirette o indirette, è necessariamente definita dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) elaborato nell'ambito del percorso assistenziale. Lo stesso PAI definisce anche l'indispensabile integrazione puntuale tra interventi, servizi o attività riferiti a LEP sociali e corrispondenti interventi, servizi o attività definiti dai LEA sanitari quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute accertati e valutati. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario pongono in essere tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale e programmatico, che a livello organizzativo e professionale.

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

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

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

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

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli enti 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 dai Distretti Sociosanitari. La programmazione condivisa tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso assistenziale.

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

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

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

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Le amministrazioni locali e l'azienda sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona.

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

Il Piano assistenziale individualizzato costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, un unico PAI che ricomprende tutte gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare. L'equipe integrata definisce gli obiettivi di salute dei servizi e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita. L'equipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI.

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

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

#### *Art. 13 - Ufficio sociosanitario integrato di ambito*

Lo strumento di integrazione gestionale e professionale tra Distretto Sociosanitario 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 sanitarie distrettuali. Per le funzioni di cui all'art. 8 del presente Accordo, l'Ufficio sociosanitario integrato si riunisce con cadenza almeno mensile.

#### *Art. 14 - Gestione delle informazioni*

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

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

#### *Art. 15 - Impegni dell'Amministrazione Regionale*

La Regione, nell'ambito della strategia di intervento 2 - *Livelli essenziali di processo* - al fine di individuare percorsi mirati a costruire un modello che migliori le prestazioni e i processi sociosanitari già presenti sul territorio e che ne garantisca una gestione integrata, intende coordinare l'Accordo di programma che sostiene tale strategia, monitorando il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2022-2024.

In linea con la DGR 149/2018 "Linee guida finalizzate alla definizione del percorso di integrazione sociosanitaria" e con la DD G142021/2022 che istituisce il Tavolo di Coordinamento per l'integrazione sociosanitaria, la Regione intende proseguire nel percorso di rafforzamento dei PUA e nel garantire la piena funzionalità delle UVM.

La Regione, pertanto, per l'intero triennio effettuerà un costante monitoraggio dei PUA e delle UVM volto a verificare la presenza dei requisiti minimi di funzionamento, che avranno il duplice obiettivo di:

- sostanziare ulteriormente il modello organizzativo;
- fornire indicatori più puntuali alla misurazione dello stesso.

Tale monitoraggio sarà effettuato sulla base dei seguenti indicatori:

- Indicatori relativi ai Distretti:

- numero accordi di programma di funzionamento dell'equipe integrata sottoscritti
- numero di PUA attivi per Distretto
- numero di equipe integrate presenti nel Distretto
- presenza di attività di formazione congiunta tra ASL e Distretto

- Indicatori relativi alle caratteristiche dei PUA:

- orario settimanale di apertura del PUA
- collocazione del PUA all'interno della Casa di comunità

- Indicatori relativi al funzionamento dei PUA:

- numero di accessi al PUA nell'ultimo anno
- numero di prese in carico nell'ultimo anno
- numero di UVM attivate nell'ultimo anno
- numero di valutazioni multidimensionali effettuate nell'ultimo anno
- numero di protocolli operativi di funzionamento dell'UVM

- Indicatori relativi alla presenza di personale sanitario e sociale all'interno dei PUA:

- numero assistenti sociali
- numero di infermieri
- numero di medici
- numero di amministrativi ASL
- numero di amministrativi Distretto
- numero di assistenti sociali coinvolti nell'UVM

I dati vengono raccolti dai Distretti Sociosanitari ed inviati alla Regione ai fini dell'inserimento nel Sistema informativo dell'offerta dei servizi sociali.

Gli indicatori non dovranno essere forniti dall'amministrazione locale se già presenti sui sistemi informativi regionali. Al fine di raggiungere gli obiettivi stabiliti dall'amministrazione centrale, tali indicatori potranno essere modificati o integrati nel corso del triennio.

#### *Art. 16 - 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 il Comitato/Conferenza dei Sindaci costituisce l'organo di governance istituzionale, e pongono in essere le azioni necessarie a garantire:

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

Le Amministrazioni Locali si impegnano altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema locale

dei servizi sociali con la costruzione del sistema territoriale sanitario, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

*Art. 17 – Impegni dell’Azienda sanitaria locale*

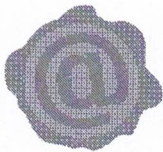
Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l’Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze. L’Azienda sanitaria locale provvede alla piena funzionalità del Distretto sanitario e pone in essere le azioni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

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

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

*Art. 18 – Organismo di condotta dell’Accordo*

Il Comitato/Conferenza dei sindaci di ambito e l’Azienda sanitaria locale costituiscono un gruppo tecnico che provvede a monitorare l’andamento del presente accordo, informando periodicamente i rispettivi enti di appartenenza dei risultati raggiunti. Il gruppo tecnico è costituito da un numero congruo di componenti espressi dal Comitato/Conferenza dei Sindaci e da un numero congruo di componenti espressi dall’Azienda sanitaria locale, insieme al Responsabile dell’Ambito territoriale sociale e al Direttore del Distretto sanitario.



Giovanni  
Biancalana  
25.03.2025  
07:43:31  
GMT+00:00