



**Loghi degli  
Ambiti Territoriali Sociali del  
Molise**

## **Allegato “B” Schema di regolamento per il funzionamento dell’UVM**

Il presente schema di regolamento ha natura vincolante e la sua approvazione da parte dell’ASReM e degli Ambiti Territoriali Sociali (d’ora in poi Ambiti sociali) è condizione necessaria per il pieno riconoscimento degli atti conseguenti. La mancata adozione dei regolamenti entro 60 giorni dall’entrata in vigore delle presenti linee guida, comporterà l’attivazione dei poteri sostitutivi da parte della Regione Molise, con la nomina di un commissario ad acta.

### **Art. 1 – Definizione**

1. L’Unità di Valutazione Multidimensionale è una équipe multiprofessionale, a composizione variabile, in relazione ai bisogni specifici della persona da valutare, deputata a leggere le esigenze e i bisogni sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali complessi delle persone.
2. È l’organismo che, secondo la normativa regionale vigente in materia di integrazione sociosanitaria, è chiamato a valutare il bisogno complessivo della persona e, quando possibile del suo nucleo familiare, al fine di definire le risposte adeguate al suo soddisfacimento. Garantisce la presa in carico dei bisogni sociosanitari dei residenti, nel territorio di competenza distrettuale, e l’integrazione della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e socio-assistenziali a livello territoriale.
3. La procedura di valutazione multidimensionale, multidisciplinare e multiprofessionale è propedeutica e ineludibile per la definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI), per la presa in carico integrata dell’utente e per l’accesso alla rete dei servizi sociosanitari integrati residenziali (RSA, RSD, Residenze Protette), semiresidenziali (Centri Diurni) e domiciliari, nonché il ricovero in strutture socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali nel caso di persone disabili o non autosufficienti e nel per ricoveri in strutture riabilitative regionali ed extra regionali per disabili o persone non autosufficienti ad eccezione dei pazienti affetti da dipendenze patologiche e/o patologie psichiatriche.
4. L’UVM, ovvero le Unità di Valutazione Multidimensionale, **è da intendersi sempre in maniera integrata tra sociale e sanitario** ed è obbligatoria l’attivazione per tutti i casi sociosanitari complessi (che comportano una intensità assistenziale superiore a quella di base) e per quelli sociali, che coinvolgono persone disabili o non autosufficienti, come previsto dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 59 del 10 febbraio 2015, recante: «Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13: "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali". Approvazione» e ss.mm.ii..

### **Art. 2 – Obiettivi**

1. L’obiettivo generale che il Distretto sanitario e i Comuni dell’Ambito sociale intendono perseguire, attraverso la Valutazione Multidimensionale, consiste nell’individuare e nell’offrire alla persona riconosciuta in stato di bisogno sociosanitario la risposta più appropriata in riferimento alle esigenze, nel rispetto del consenso e della libertà di scelta.
2. Pertanto gli obiettivi specifici della UVM sono:
  - favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona in stato di bisogno sociosanitario presso il proprio domicilio;
  - perseguire il rientro nell’ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;

- promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;
- promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
- ottimizzare la spesa sociosanitaria in un'ottica di efficienza nel rapporto costo-benefici, tenendo conto non solo degli oneri finanziari, ma anche dei vantaggi a lungo termine, riferibili a risorse sia familiari che sociali.

### **Art. 3 - Destinatari**

I destinatari dell'attività della UVM sono le persone in stato di bisogno sociosanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti fragili, in condizione di dipendenza e non autosufficienza.

La procedura di valutazione multidimensionale (VM) è attivata nel caso in cui si ravvisino problemi/bisogni complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitaria, socio-assistenziale e sociosanitaria e rappresenta l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto di assistenza individuale (PAI).

In ottemperanza al DPCM 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA) l'UVM è attivata nel caso di persone disabili, non autosufficienti, temporaneamente non autosufficienti che manifestano un bisogno assistenziale di intensità superiore a quella di base.

### **Art. 4 – Prestazioni sociosanitarie**

1. L'assistenza sociosanitaria viene prestata alle persone con bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali.

2. Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è subordinata di norma alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare del bisogno, alla definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e alla valutazione periodica dei risultati ottenuti.

3. Le prestazioni, per le quali è competente l'UVM Distrettuale, sono quelle socio-assistenziali previste dal Piano Sociale Regionale e dalla Legge regionale 5 maggio 2014, n. 13, nonché dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 59 del 10 febbraio 2015, recante: «Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13: "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali". Approvazione» e ss.mm.ii., nei casi di persone disabili o non autosufficienti, e quelle sociosanitarie previste dal DPCM 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA), ovvero quelle nelle quali la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili.

4. Le prestazioni sociosanitarie e socio-assistenziali possono essere fruite in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono pertanto di competenza congiunta dell'ASReM e dei Comuni d'Ambito sociale e vengono indicate nel DPCM del 12 gennaio 2017 (Nuovi LEA), con riferimento alle tipologie di strutture e di servizi disciplinati dalla normativa regionale:

- Cure domiciliari - ADI - (Art. 22 DPCM 12 gennaio 2017);
- Cure palliative domiciliari (Art. 23 DPCM 12 gennaio 2017);
- Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità (Art. 27 DPCM 12 gennaio 2017);
- Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti (Art. 30 DPCM 12 gennaio 2017);
- Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità (Art. 34 DPCM 12 gennaio 2017).

### **Art. 5 – Competenza territoriale**

1. L'Unità di Valutazione Multidimensionale, istituita presso ciascun Distretto sanitario ha competenza sul territorio distrettuale.

2. La Valutazione Multidimensionale compete all'UVM del Distretto sanitario di residenza della persona interessata alla valutazione che elabora il Progetto di assistenza individuale (PAI) per la presa in carico.
3. Qualora, invece, il Progetto di assistenza individuale (PAI) preveda il ricorso alla rete dei servizi di altri ambiti distrettuali della stessa ASReM può essere richiesta la collaborazione per le valutazioni sanitarie del Distretto sanitario competente per territorio.
4. Nel caso in cui si richieda il ricorso alla rete di servizi ubicati in altre ASReM è necessario coinvolgere il Distretto sanitario e l'UVM competente per territorio.

#### **Art. 6 – Compiti e funzioni dell'UVM**

1. L' UVM svolge i seguenti compiti:

- a) effettua la valutazione multidimensionale dell'autosufficienza e dei bisogni assistenziali e socio sanitari del richiedente e del suo nucleo familiare;
- b) verifica la presenza delle condizioni di ammissibilità al percorso di cura e assistenza richiesto;
- c) elabora il Progetto di assistenza individuale (PAI), che deve essere condiviso con il richiedente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto;
- d) verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato;
- e) procede alla dimissione concordata;
- f) identifica la Struttura della ASReM deputata alla presa in carico;
- g) individua il "responsabile del caso" e il "referente familiare" (case-manager e caregiver), al fine di garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dal progetto personalizzato;
- h) provvedere alla conservazione della documentazione concernente i casi valutati e dei relativi Progetti di assistenza individuale (PAI) di assistenza, anche per consentire il diritto di accesso a quanti hanno titolo.

2. La valutazione multidisciplinare deve avvalersi di strumenti idonei e standardizzati, di cui al successivo Art. 9.

4. Il Progetto di assistenza individuale (PAI), redatto dall'UVM, tiene conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del richiedente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle risorse/abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari.

5. Il Progetto di assistenza individuale (PAI) viene redatto e adottato secondo le modalità indicate al successivo art. 9

#### **Art. 7 – Composizione e funzionamento dell'UVM**

1. L'UVM è costituita presso il Distretto sanitario con determina dirigenziale, e, nella sua composizione, risponde alle funzioni previste dal presente regolamento e dalle Linee guida regionali nonché da quanto previsto nella Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13, dal suo regolamento attuativo 1/2015, dal POS 2015-2018, dal piano Sociale Regionale 2015-2018 (approvato con deliberazione del Consiglio regionale del Molise n. 313 del 01.12.2015). L'UVM, inoltre, esplica le funzioni che la Legge regionale n. 18 le assegna in materia di accreditamento delle strutture sociosanitarie a carattere residenziale e semiresidenziale, nonché tutte le altre attività distrettuali di valutazione di bisogni sanitari e sociosanitari complessi.

2. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multi professionale, con competenze multi-disciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale. Questo team, rappresentato dall'UVM stessa, nella sua composizione, deve essere adeguata ad affrontare tutte le molteplici e complesse problematiche che possono evidenziarsi ed essere poste all'attenzione della stessa.

3. Il Direttore del Distretto sanitario coordina l'UVM e ne sovrintende al funzionamento. Spetta a lui, o a un suo delegato, il compito di convocarla su richiesta della **PUA back office**.

4. La composizione dell'UVM prevede la partecipazione delle seguenti figure:

- a) Direttore del Distretto sanitario o suo delegato;

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

5. L'UVM può essere integrata da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso. L'atto di convocazione delle UVM deve prevedere i nomi dei componenti e i loro ruoli, anche in funzione dell'autonomia decisionale in ordine alla spesa o ai tempi di attivazione delle diverse prestazioni.

6. L'UVM ha valenza di Conferenza dei Servizi, relativamente a composizione, modalità operative, valutazioni ed effetti amministrativi delle valutazioni tecnico-scientifiche e amministrative assunte. Di conseguenza, le figure professionali sanitarie e sociali che vi fanno parte certificano lo stato di salute dell'assistito e dei bisogni sullo stesso rilevati.

7. Il Direttore del Distretto sanitario assume tutti i provvedimenti necessari per l'attività di coordinamento e il funzionamento della UVM nonché i compiti di verifica e controllo delle attività svolte. Può delegare tale funzione ad altro personale del Distretto sanitario con specifica esperienza.

#### **Art. 8 – Convocazioni, procedure e tempi**

1. La UVM si riunisce nel Distretto sanitario presso la sede individuata, almeno una volta alla settimana e, comunque, secondo necessità, in orario di servizio, salvo particolari situazioni.

2. La convocazione è a cura del Direttore del Distretto sanitario o suo delegato.

3. Tutte le attività della UVM devono essere documentate e svolte utilizzando apposita modulistica all'uopo predisposta. Le informazioni raccolte ai fini statistici e operativi, sono trattate e custodite nel rispetto della privacy.

4. L'UVM è convocata, a mezzo mail o PEC, su richiesta della PUA **back office**, entro non oltre 10 giorni dalla data di presa in carico della richiesta del paziente/utente e non prima di 3 giorni dalla data della riunione. E' cura degli operatori della PUA **back office**, sia nella componente sanitaria che sociale, di predisporre tutta la documentazione sanitaria, sociale e amministrativa necessaria alla decisione dell'UVM, mettendola a disposizione dei membri dell'UVM, che hanno la facoltà di chiedere ulteriori approfondimenti.

5. L'UVM, verificata la presenza della valutazione multidimensionale e della documentazione sanitaria, sociale e amministrativa prevista, approva il Progetto di assistenza individuale (PAI), sempre all'unanimità. In caso di assenza di uno o di più dei suoi componenti essenziali, la decisione viene rimandata per una sola volta, riconvocando l'UVM a distanza di 3 giorni dalla precedente seduta. In caso di ulteriore assenza di uno o più dei suoi membri essenziali, il Direttore del Distretto sanitario approva, con propria decisione, il PAI.

6. Nei casi in cui uno o più componenti essenziali dell'UVM siano impossibilitati a partecipare alla riunione, l'UVM si svolgerà in maniera "virtuale", attraverso il sistema informativo ASTER. In tal caso i suoi membri vengono avvisati tramite e-mail e possono accedere alla documentazione e alla proposta di PAI direttamente sul sistema informativo. Nelle successive 24 ore ciascun componente dovrà esprimere, esclusivamente in maniera telematica, il proprio consenso all'approvazione del PAI. In caso di pareri discordanti, la proposta di PAI viene rimandata alla PUA **back office** per ulteriori approfondimenti e/o modifiche. In caso di mancata unanimità entro le 24 ore, si procederà ad una convocazione fisica dell'UVM e all'attivazione delle procedure di cui al comma precedente.

7. La decisione dell'UVM ha carattere vincolante sul piano sanitario, sociale e amministrativo. A tal fine, per le decisioni che comportano un impegno economico da parte dell'Ambito sociale, è necessario che sia acquisito,

preventivamente alla riunione di deliberazione, il nulla osta scritto del Direttore dell'Ufficio di Piano dell'Ambito sociale di residenza del singolo paziente/utente.

#### **Art. 9 – La valutazione multidimensionale**

1. La valutazione multidimensionale ha l'obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di salute di una persona ed è rivolta a valutare le capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni:

- a) dimensione biologica e clinica (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.);
- b) dimensione psicologica (tono dell'umore, funzioni cognitive, ecc.);
- c) dimensione sociale (fattori ambientali, condizioni relazionali di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.), dimensione funzionale (disabilità ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale, ecc.).

2. La valutazione multidimensionale si caratterizza, inoltre per l'approccio non solo multidimensionale, ma anche multiprofessionale e multidisciplinare ai bisogni assistenziali complessi, che necessitano di metodologie e di strumenti operativi adeguati ed efficaci, necessari alla elaborazione di un progetto di cura e di assistenza personalizzato. Per questa ragione l'orientamento scientifico prevalente è ormai concorde nel ritenere che la valutazione multidimensionale rappresenti la modalità di approccio sociosanitario alla persona o al nucleo familiare che più di ogni altra garantisce l'appropriatezza della risposta.

3. La valutazione multidimensionale è definibile come il "processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale, relazionale e ambientale di una persona". In altre parole attraverso la Valutazione Multidimensionale si definisce l'individuazione e attuazione della migliore soluzione possibile (principio di appropriatezza) per la persona riconosciuta in stato di bisogno socio sanitario, che incontri il gradimento della stessa e ne rispetti la libertà di scelta.

4. L'UVM, per assumere le proprie decisioni, necessita che l'utente/paziente sia stato sempre preventivamente sottoposto a valutazione multidimensionale, per mezzo della scheda S.Va.M.A. (approvata con DGR n 101 del 04.02.2008). Nel caso di minori disabili l'UVM è tenuta ad effettuare una valutazione multidimensionale per mezzo della scheda S.Va.M.Di., approvata con Decreto del Commissario ad acta n. 78 del 17.11.2010: resta facoltà dell'UVM individuare, in alternativa, il migliore strumento di valutazione multidimensionale, in relazione ai bisogni espressi dal minore e/o dalla sua famiglia, anche in collaborazione con la Nueopsichiatria infantile dell'ASReM.

5. L'UVM è tenuta ad utilizzare lo strumento di valutazione multidimensionale che la Regione Molise adotterà in sostituzione delle attuali versioni di S.Va.M.A. e S.Va.M.Di..

6. E' consentito, per la partecipazione a specifici programmi regionali, l'utilizzo di strumenti di valutazione multidimensionale del paziente/utente da parte dell'UVM in affiancamento e/o sostituzione della S.Va.M.A. e S.Va.M.Di., come di volta in volta disposto con provvedimento formale della Regione Molise.

7. La S.Va.M.A. e la S.Va.M.Di. sono sempre compilate dal personale della PUA back office, secondo quanto previsto dall'art. 7 del Regolamento di funzionamento della PUA. La competenza nella compilazione delle citate schede di valutazione è del personale della PUA back office ognuno per la proprio competenza professionale e secondo quanto disciplinato nelle istruzioni per la compilazione delle schede stesse.

8. Le schede, una volta compilate, vengono conservate presso la sede distrettuale della PUA e in copia conforme all'originale presso l'Ufficio di Piano dell'Ambito sociale di residenza dell'utente/paziente.

9. E' fatto obbligo, agli operatori della PUA back office, ognuno per le proprie competenza, di alimentare sempre la relativa sezione del software sociosanitario ASTER riferita alle scale. Detta sezione di ASTER va completata entro la data di convocazione dell'UVM ovvero entro tre giorni prima dell'approvazione del PAI.

#### **Art. 10 – Il Progetto di assistenza individuale (PAI)**

1. L'UVM, attraverso la valutazione multidisciplinare e multidimensionale, avvalendosi degli strumenti S.V.A.M.A. o S.V.A.M.di, propone un progetto assistenziale o Progetto di assistenza individuale (PAI) nel quale sono definite e coordinate l'insieme delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali e la relativa durata.

2. Il PAI ha valore di contratto tra i soggetti istituzionali rappresentati dai componenti dell'UVM e tra questi e il cittadino/utente, in quanto in esso sono stabiliti i livelli di responsabilità di ciascuno di essi nella fase attuativa.

3. Il PAI è unico tra sociale e sanitario, deve contenere la documentazione relativa all'istanza, alla privacy e alla valutazione multidimensionale, nonché la documentazione richiesta da specifici programmi regionali. Il PAI deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- a) La patologia principale ed eventuali patologie concomitanti e/o secondarie, comprensivi di eventuali certificazioni di disabilità e/o non autosufficienza;
- b) gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere sia riguardo al richiedente che ai suoi familiari, i quali possono assumere un ruolo rilevante per l'intervento, il regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale), il suo livello di intensità e la durata complessiva del progetto assistenziale;
- c) le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
- d) la qualità, le modalità, la frequenza e la durata (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare ecc.) di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- e) la/e eventuale struttura/e di riferimento per l'invio e la presa in carico della persona sulla base di criteri di scelta appropriati rispetto alla natura del bisogno ed alle condizioni territoriali di offerta dei servizi;
- f) la disponibilità e le quantità di presidi e materiali necessari al *setting* assistenziale;
- g) gli accessi domiciliari previsti per ciascuna figura professionale coinvolta con l'indicazione della frequenza e la durata dell'accesso, precisando quali sono connesse ad acquisti esterni di prestazioni, quindi per ciascun accesso l'elenco delle prestazioni/interventi richiesti (con codice), secondo quanto previsto dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 59 del 10 febbraio 2015, recante: «Regolamento di attuazione della Legge regionale 6 maggio 2014, n. 13: "Riordino del sistema regionale integrato degli interventi e servizi sociali". Approvazione» e ss.mm.ii. e dal provvedimento dell'ASReM di organizzazione delle cure domiciliari;
- h) nel caso di assistenza domiciliare il livello di intensità assistenziale e la durata del PAI, espresse con giornate di cura (G.d.C.) e coefficiente di intensità assistenziale (C.I.A.);
- i) il numero, la frequenza e la motivazione di eventuali esami diagnostici domiciliari (es. RX, ECG, ECD, Elettroencefalogramma, ecc.);
- j) l'elezione del paziente ai programmi regionali sociosanitari e/o socio-assistenziali;
- k) il numero e la frequenza degli accessi domiciliari del MMG/PLS (ADP) autorizzati alla data di approvazione del PAI;
- l) la quantità e la tipologia dei presidi e degli ausili necessari al paziente, secondo quanto disposto dal relativo regolamento dell'ASReM;
- m) l'individuazione del referente familiare (caregiver) e del responsabile della presa in carico (case manager);
- n) i tempi e gli strumenti di valutazione e verifica del progetto.
- o) gli strumenti (riunioni di verifica/ordinamento/ecc., schede/registri/diario clinico/ecc, indicatori di processo e di risultato, report, ecc) le scadenze e metodi della verifica del progetto personalizzato, in itinere ed ex post, con particolare attenzione alla valutazione periodica dei risultati, alla verifica della congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati e alla modalità per garantire la sovrintendenza e verifica delle prestazioni effettuate da soggetti del privato-sociale e privato-accreditato, evitando il rischio di una scissione tra prescrittore pubblico ed erogatore privato e di un affidamento totale a quest'ultimo attraverso periodici momenti di incontro, verifica ed indirizzo in sede di intervento (domicilio, RSA) da parte del servizio pubblico.

4. Il Progetto di assistenza individuale (PAI) è articolato in forma comprensibile al richiedente e/o ai suoi familiari che ne condividono i contenuti e lo sottoscrivono in sede di UVM. In assenza di tale requisito il MMG/PLS lo sottoscrive a nome del paziente/utente e glielo comunica entro 3 giorni dall'approvazione. Con la sottoscrizione del PAI si conclude la fase della presa in carico della persona, che deve avere una durata non superiore a venti giorni lavorativi dalla data di proposta dell'accesso.

5. Il PAI viene autorizzato dal responsabile della UVM (o da suo esplicito delegato) e nello stesso viene indicata la data di inizio e la data di termine o revisione del PAI stesso. Il PAI, riportato negli spazi riservati della scheda S.V.A.M.A. o S.V.A.M.di. viene, contestualmente, registrato nel software sociosanitario ASTER a cura degli operatori della PUA back office, che svolge funzioni di segretaria della UVM, o da altra persona individuata dal responsabile della UVM.

6. Il PAI è notificato, dalla PUA back office, che svolge le funzioni di segreteria dell'UVM, all'utente/paziente, per il tramite dell'indirizzo di posta elettronica indicato nella richiesta, o, in alternativa, al MMG/PLS e, tramite questi, all'assistito, entro 3 giorni dall'approvazione dello stesso.

7. Il progetto deve essere aggiornato, modificato, adattato e nuovamente comunicato al richiedente ed agli altri operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità). Tutte le proposte di modifica strutturale del PAI sono di competenza dell'UVM.

8. Il monitoraggio dell'andamento dei progetti è governato dall'UVM ed attuato dai referenti territoriali ed enti erogatori, i quali, a fronte dell'insorgere di variazioni anche improvvise delle condizioni psico-fisiche dell'assistito, propongono all'UVM la rivalutazione motivata del progetto.

9. Qualora le risorse necessarie a realizzare il PAI non risultino immediatamente disponibili, l'utente è inserito in lista d'attesa rispetto alla prestazione/intervento individuato/richiesto. La continuità assistenziale, tuttavia, è garantita mediante la programmazione di interventi alternativi appropriati alla situazione da trattare, impiegando le risorse della rete complessiva dei servizi territoriali disponibili. La lista di attesa è consultabile nei modi e nelle forme consentite dalla normativa in materia di accesso agli atti della Pubblica Amministrazione.

10. Presso ogni Distretto sanitario, per ciascun paziente, viene redatta una cartella clinica nella quale sono custoditi: l'istanza, il PAI, le eventuali richieste di visite specialistiche, gli esiti, le proroghe, le verifiche, le cessazioni, il diario giornaliero.

11. Il diario giornaliero o scheda clinica del paziente deve essere trattenuto per l'intera durata del trattamento presso il domicilio dell'assistito allo scopo di permettere agli operatori una completa e sistematica conoscenza delle condizioni del paziente e degli interventi effettuati ed eventuali verifiche da parte del Distretto sanitario. Nel diario vanno annotati la data di accesso, l'orario di entrata e di uscita dell'operatore che effettua la prestazione, eventuali osservazioni, gli interventi effettuati dal medico di base, dallo specialista, dai sanitari della continuità assistenziale. Il diario va sottoscritto, per conferma dei trattamenti eseguiti, dall'assistito o suo referente. Al termine del periodo di assistenza il diario va restituito al Distretto sanitario, controllato e sottoscritto dal referente medico della PUA e inserito nella cartella del paziente.

12. Le visite specialistiche domiciliari e le indagini strumentali necessarie alla prosecuzione del PAI, vanno richieste da parte del MMG/PLS direttamente alla PUA distrettuale competente. E' compito del referente medico della PUA disporre l'effettuazione della visita/indagine strumentale direttamente alla U.O. aziendale competente con la quale è stato definito il protocollo d'intesa per interazione Ospedale-Territorio, ovvero inoltrata al gestore unico affidatario delle cure domiciliari. Gli esiti delle visite specialistiche e i referti delle indagini strumentali, unitamente ad eventuali osservazioni o proposte per gli operatori che seguono il caso ed il MMG/PLS, saranno annotati sul diario clinico o scheda clinica del paziente e restituiti da parte dello specialista al referente medico della PUA distrettuale.

13. Dal PAI che prevede accessi domiciliari affidati a ditte esterne alle amministrazioni coinvolte, scaturisce, attraverso il sistema informativo ASTER, l'ordine di lavoro per la ditta che conterrà, a corredo, le informazioni essenziali sullo stato di salute del paziente/utente e l'elenco delle prestazioni e degli interventi sociosanitari e socio-assistenziali di cui gode il paziente/utente, al fine di consentire agli operatori domiciliari un lavoro di equipe consapevole e ben informato.

14. Nel PAI, l'UVM, indicherà il Referente Familiare o caregiver. Questi ricopre un ruolo strategico nel percorso di assistenza domiciliare integrata sociosanitaria, poiché è colui che si prende cura per più tempo del paziente/utente, essendo più frequentemente in "contatto" con lui. In genere è un familiare o, comunque, un soggetto convivente o non con l'assistito stesso. Svolge quindi una funzione di assistenza diretta, provvedendo ad aiutare l'assistito.

15. L'UVM, al termine del PAI, può disporre la dimissione: all'atto della dimissione va compilata una apposita scheda che, in analogia con la scheda di dimissione ospedaliera, raccoglie tutti i dati relativi alle ADI. Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- i. Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.M.;
- ii. Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare, disposta dalla UVM in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto di Assistenza Personalizzato, con l'assistenza domiciliare,



- o a seguito di mutate condizioni socio-sanitarie;
- iii. Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio;
- iv. Dimissione per decesso della persona assistita;
- v. Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa)

#### **Art. 11 - Formazione**

1. Le figure professionali impegnate nelle attività della UVM seguiranno uno specifico percorso formativo, preferibilmente integrato, a cura dell'ASReM, del Distretto sanitario e dell'Ambito sociale.

#### **Art. 12 – Sistema informativo**

1. Il sistema informativo socio-sanitario regionale (ASTER) garantisce tutte le funzioni della UVM così come sancite nel presente regolamento.
2. Per contro, è fatto obbligo ad ogni operatore dell'UVM di conoscere le modalità e le regole del sistema informativo ASTER e di utilizzarlo per l'inserimento e la gestione di tutte le proposte di PAI.
3. Il mancato utilizzo del sistema informativo è precisa responsabilità del Direttore del Distretto sanitario e del Direttore dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Sociale di riferimento.
4. Si richiama l'Obiettivo di Servizio del Piano Sociale Regionale 2015-2018 "Welfare d'Accesso", i cui meccanismi di finanziamento sono condizionati all'utilizzo del sistema informativo per la componente UVM.

#### **Art. 13 Trattamento dei dati sensibili e supersensibili, privacy e segreto professionale**

Tutte le informazioni raccolte nell'ambito delle attività del sistema UVM, a fini statistici e/o operativi, sono trattate e custodite nel rispetto della privacy, ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e ss. mm. e ii.

Tutti gli operatori impegnati nel sistema UVM, a prescindere dalla natura del rapporto di lavoro che intrattengono con l'ente pubblico titolare del servizio, Comune o ASReM, sono tenuti a rispettare le norme penali in merito al segreto d'ufficio (art. 326 del c.p.) e del segreto professionale (art. 622 del c.p.).

Ciascun operatore è "arruolato" nel sistema UVM all'atto del censimento, attraverso la creazione di un account personale, nel sistema informativo socio-sanitario regionale (ASTER). A tal fine si richiama il fatto che ciascun operatore viene, all'atto dell'iscrizione del sistema ASTER dotato di credenziali (nome utente e password) strettamente personali e profilato secondo il ruolo e la competenza territoriale, in modo da consentirgli di operare sull'intero sistema regionale.

Da tale momento, tutte le operazioni (visione, lettura, scrittura, modifica e stampa) di qualsiasi informazione presente nel sistema viene registrata dal sistema stesso, in maniera non manipolabile e conservate a disposizione della Regione Molise, per un periodo non inferiore a 5 anni.

Ai sensi della normativa penale e civile vigente tutti gli operatori accreditati su tale sistema informativo sono tenuti al segreto d'ufficio e professionale e, quindi, ad utilizzare le informazioni presenti al solo scopo di erogare i servizi a loro affidati, con le conseguenze civili e penali che la normativa prevede e che qui si intende interamente richiamata.

Il divieto a diffondere informazioni coperte da segreto d'ufficio e/o segreto professionale non è invocabile nei confronti di altri operatori accreditati sul sistema informativo socio-sanitario regionale e che, ai sensi delle presenti linee guida, sono impegnati nell'erogazione dei servizi connessi al sistema UVM, richiamando i principi del buon andamento della pubblica amministrazione e di leale collaborazione tra pubbliche amministrazioni.

Tutte le richieste di prestazioni socio-sanitarie e/o socio-assistenziali di competenza delle UVM debbono essere state presentate ai punti unici territoriali del sistema PUA, o attraverso sistemi informatizzati autonomi della PUA (totem, portale, ecc.), e, quindi, devono essere corredate dal modulo di Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili, ai sensi del Art. 23 del D. Lgs 196/2003 e ss.mm.ii. e sottoscritto dal cittadino richiedente, direttamente interessato, o da suo rappresentante espressamente delegato.

In tal modo l'utente/paziente (o suo delegato) dichiara di aver letto e compreso le informazioni fornite a norma dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art 4,



comma 1 lett. d) del citato decreto, vale a dire “i dati personali idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofica, politico o sindacale, nonché i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale”.

Inoltre, l’utente/paziente presta il libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento, anche con strumenti informatici e/o telematici, dei dati personali e sensibili per fini diagnostico-terapeutici, limitatamente ai servizi sanitari richiesti e necessari alla tutela della propria salute, alla Piattaforma informatica regionale ASTER della Regione Molise, cui possono accedere gli operatori del sistema PUA (operatori di sportello, medici, infermieri, assistenti sociali, psicologi) al fine di garantire l’erogazione dei servizi e degli interventi di natura socio-assistenziale e sociosanitaria di cui al presente regolamento, attinenti alla propria specifica patologia e/o condizione sociale, per i dovuti adempimenti amministrativi e per tutte le altre attività connesse, compresa la comunicazione dei dati nelle forme e nei modi consentiti dalla legge.

Infine, all’utente/paziente è rilasciata una dichiarazione, ai sensi dell’art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, contenete le seguenti affermazioni:

- i dati personali sono richiesti, raccolti e trattati per lo svolgimento delle specifiche funzioni istituzionali e nei limiti previsti dalla relativa normativa;
- l’accesso ai dati è consentito esclusivamente agli operatori della PUA e/o dell’UVM tramite un sistema di filtro costituito dalle credenziali richieste per l’accesso al sistema informativo sociosanitario regionale ASTER;
- la comunicazione o la diffusione dei dati personali a soggetti pubblici o privati sarà effettuata solo se prevista da norme di legge o di regolamento o se risulta necessaria per i fini diagnostici, terapeutici e assistenziali;
- l’interessato potrà in ogni momento esercitare i diritti di cui all’art. 7 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196;
- la Regione Molise è il titolare dei dati trattati mediante la piattaforma ASTER.