



Sistema Socio Sanitario



ATS Bergamo

ASST Papa Giovanni XXIII

ASST Bergamo Est

ASST Bergamo Ovest

LINEE DI INDIRIZZO PER LA REALIZZAZIONE DELLA FILIERA DI CURA

PUNTO UNICO D'ACCESSO, EQUIPE/UNITA' VALUTATIVA MULTIDIMENSIONALE, CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

*Approvato da Collegio dei Direttori ATS Bergamo, ASST Papa Giovanni XXIII, ASST Bergamo Est e ASST Bergamo Ovest nell'incontro del 25 novembre 2024
Approvato da Collegio dei Sindaci e Presidenti delle Assemblies dei Sindaci dei Piani di Zona nella seduta del 2 dicembre 2024*

PREMESSA

Gli indirizzi per la programmazione territoriale, declinati all'interno delle normative nazionali prima e regionali poi, delineano, nell'area della fragilità, della non autosufficienza e della disabilità, percorsi assistenziali e di presa in carico sempre più integrati tra il sistema sanitario e quello sociale.

Obiettivo primario, così come definito nel Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-24 e dalla legge nazionale 234/2021 (legge di bilancio 2022) art. 1 comma 162, è quello di "garantire la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio, qualora questo sia appropriato in relazione ai bisogni e ai desideri della persona, assicurando i servizi in forma integrata ed unitaria".

L'individuazione di diversi LEPS (di erogazione e di processo) in ambito sociale e la presenza di alcuni LEA (individuati con DPCM 12/01/2017) definiscono livelli essenziali costituiti da interventi, servizi, attività e prestazioni integrate che lo Stato assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità

Comparando le diverse fonti normative è, quindi, possibile identificare sia gli aspetti comuni organizzativi e operativi già previsti da entrambi i sistemi, sia la necessità di meglio definire, in primis, a livello istituzionale tra Aziende sanitarie e Ambiti territoriali sociali, i processi che consentano una reale garanzia di percorsi di presa in carico integrata per le persone in condizione di fragilità, disabilità e non autosufficienza.

Modalità gestionali e operative

L. 234/2022

DPCM 12/01/2017

Punti unici d'accesso

L'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari avviene attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità».

Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

Valutazione multidimensionale	Viene garantita la valutazione multidimensionale della capacità biopsico-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 necessari	Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale»
Equipe multiprofessionali	Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.	I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali.
Progetto di assistenza individuale integrata (PAI)	L'equipe integrata procede alla definizione del PAI, contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività 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	Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico -riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia.

Fonte PNNA 2022-24 – paragrafo 1.4

La legge 234 del 30/12/2021 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024) definisce, all'art. 1 commi 162, 163 e 164, sia LEPS di erogazione che LEPS di processo, poi ripresi ed approfonditi all'interno del PNNA 2022-24.

Il LEPS di processo ivi declinato definisce il percorso assistenziale integrato soprattutto con riferimento agli interventi normati dal comma 163 della Legge 234/21 in cui sono previste per la sua realizzazione le seguenti macrofasi:

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Accesso | } | Punto Unico di Accesso |
| 2. Prima valutazione | | |
| 3. Valutazione multidimensionale | } | Equipe/Unità valutazione multidimensionale |
| 4. Elaborazione del piano assistenziale individualizzato | | |
| 5. Monitoraggio degli esiti di salute | | |

Questo approccio è funzionale a una presa in carico globale e complessiva, da un lato capace di accogliere e rilevare i bisogni e i desideri delle persone e dall'altro di integrare tutte le risposte di natura sociale, sociosanitaria e sanitaria, dall'altro utile a richiamare gli operatori al lavoro di rete e all'integrazione sociosanitaria.

Tale percorso assistenziale è richiamato in modo costante non solo nella normativa nazionale ma anche in quella regionale (vd. DGR 1669/23 e 2033/24 – Piano operativo FNA triennio 2022-24) e per la realizzazione dello stesso viene evidenziata e richiesta una sempre maggiore integrazione sociosanitaria finalizzata a garantire la piena esigibilità dei LEA e dei LEPS.

Il percorso assistenziale integrato definisce quindi una modalità di presa in carico della persona che richiede un'organizzazione e gestione sempre più raccordata tra il sistema dei servizi degli Ambiti Territoriali Sociali e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario, anche in relazione con le azioni e le riforme recate dal PNRR M5C2 e M6C1 e, considerata la varietà e la complessità del sistema d'offerta che risponde ad esigenze diversificate, richiedendo l'individuazione di strategie di coordinamento e raccordo, modalità operative e percorsi orientati ad una forte integrazione delle competenze e delle misure.

Per dare operatività a tale approccio le diverse normative hanno individuato e definito finalità, obiettivi e aspetti organizzativi relativamente ai PUA, servizio fondamentale nel garantire l'accesso ai servizi, e alle Equipe/Unità di valutazione multidimensionale con riferimento alla prima valutazione, alla valutazione multidimensionale ed all'elaborazione del piano assistenziale individualizzato.

1. PRINCIPALE NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Nazionale	<ul style="list-style-type: none"> - PNNRR Missioni 5 e 6 e DM 77/22 - Legge 234/21 - Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-24 - Piano Nazionale interventi e servizi sociali 2021-23 - Legge 62/2024 “Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l’elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato”
Regionale	<ul style="list-style-type: none"> - DGR 6760/2022 Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del decreto 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale” - DGR 2089/24 Approvazione delle linee di indirizzo per i piani di sviluppo del Polo Territoriale delle ASST (PPT) - DGR 2167/24 Approvazione delle linee di indirizzo per la programmazione sociale territoriale per il triennio 2025-27 - DD.GG.RR 1669/23 e 2033/2024 Programma operativo regionale FNA triennio 2022-24 - DGR 1518/2023 e Deliberazione N. XII/395 del Consiglio regionale Lombardia “Piano socio sanitario regionale 2023-27” - Legge regione Lombardia n° 25/2022 Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità

2. OGGETTO

Tutto ciò premesso si intende avviare/rinforzare un processo di integrazione che preveda:

- le modalità di raccordo, gli aspetti organizzativi e gestionali che i soggetti istituzionali sottoscrittori intendono perseguire nel dare piena realizzazione alle diverse fasi di presa in carico della persona fragile, disabile o non autosufficiente secondo quanto previsto dal Leps di processo che definisce il Percorso assistenziale integrato.
- 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;
- le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- un sistema di strumenti e supporti che definiscano modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato.

3. FINALITA'

Le presenti linee di indirizzo si propongono di:

- realizzare concretamente un livello di programmazione unitaria attraverso un coordinamento tecnico-gestionale che renda più efficaci, più flessibili e meno frammentati gli interventi di ordine sociale e socio-sanitario, con un miglior utilizzo delle risorse messe a disposizione al fine di dare risposte ai bisogni della persona in condizioni di fragilità favorendo l'identificazione degli interventi di sostegno e una "presa in carico" integrata della persona e della sua famiglia;
- implementare un approccio coordinato e sinergico che renda, attraverso l'attivazione dei Punti Unici di Accesso sul Territorio, il percorso di accesso e orientamento alla rete dei servizi da parte delle persone, delle famiglie e della comunità sempre più agevole, integrato e partecipato, anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi integrati, già in uso, tra i servizi sociosanitari e sociali;
- definire funzioni, compiti e procedure di funzionamento delle Equipe/Unità di Valutazione Multidimensionale attivate sul territorio per la valutazione delle capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni;
- garantire la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza, per assicurare la definizione di percorsi di presa in carico realmente integrati e favorire lo sviluppo di interventi di prossimità;
- sviluppare una visione comunitaria, orientata verso una nuova organizzazione delle funzioni e delle relazioni territoriali.

4. DESTINATARI

I destinatari degli interventi di cui alle presenti Linee di indirizzo sono tutti i soggetti in condizione di fragilità, disabilità, non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario e/o patologiche che richiedono di accedere ai servizi socio-sanitari e socioassistenziali del territorio oltre che i caregiver e/o le loro famiglie, nei casi in cui gli stessi non siano in grado di gestire autonomamente i processi di sostegno assistenziale, educativo e di cura.

5. L'ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI

Questa funzione costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui viene garantito l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e l'accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario 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. (PNNA 2022-2024)

5.1 IL PUA

Gli Ambiti territoriali sociali e le Aziende socio sanitarie territoriali garantiscono l'accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari attraverso i Punti Unici di Accesso (PUA), rendendo disponibili risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

Il PUA, superando la settorializzazione degli interventi, definisce percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, migliorando le modalità di presa in carico unitaria al fine di eliminare o semplificare i numerosi passaggi che la persona assistita ed i suoi familiari devono adempiere per l'accesso e la fruizione dei servizi.

5.1.1 Obiettivi

Obiettivi prioritari del PUA sono:

- Promuovere, agevolare e semplificare il primo accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, favorendo l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, in un'ottica di integrazione.
- Garantire un accesso unitario, superando la differenziazione dei diversi punti d'accesso, anche valorizzando l'apporto delle nuove tecnologie e degli obiettivi di digitalizzazione e interoperabilità dei diversi sistemi informatici.
- Assicurare e rafforzare l'integrazione tra il sistema dei servizi sociali, il sistema sanitario e il sistema sociosanitario, assicurando sia il livello dell'accesso che la successiva presa in carico multidisciplinare, integrata anche con le reti della comunità locale.

5.1.2 Funzioni

Funzione fondamentale del PUA è quella di intercettare il bisogno, consentendo alle persone l'accesso appropriato ai servizi.

Le funzioni del PUA rientrano sotto due principali categorie:

- Accoglienza, informazione e orientamento
- Accompagnamento e presa in carico unitaria, definite come percorsi personalizzati di aiuto, sostegno e orientamento rivolto a cittadini/utenti in condizioni di particolare disagio

Più specificatamente il PUA:

- Garantisce un'attività di informazione e orientamento ai cittadini sui servizi sociali e sociosanitari e sulle modalità per accedervi;
- Garantisce ed agevola l'accesso unitario ai servizi sociali e sociosanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti (accompagnamento);
- Garantisce la valutazione multidimensionale delle persone fragili, disabili e non autosufficienti, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona nel proprio contesto di vita;

- Garantisce un accompagnamento nell'attivazione del servizio necessario a rispondere al bisogno emerso di tipo semplice;
- Garantisce, a seguito della Valutazione Multidimensionale (EVM/UVM), la definizione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), contenente l'indicazione degli interventi necessari, modulati secondo l'intensità del bisogno, e l'identificazione di un Case Manager (CM);
- Attiva i referenti territoriali della rete formale dell'utente per eventuali approfondimenti della richiesta a garanzia di risposta da parte di un sistema integrato;
- Monitora le situazioni di fragilità sociale, sociosanitaria 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;
- Promuove e attiva reti formali e informali della comunità al fine di mantenere relazioni e collaborazioni sinergiche con gli attori sociali e sociosanitari del territorio per la conoscenza dei problemi della comunità e delle risorse attivabili;
- Monitora e valuta l'esito dei processi avviati.

5.1.3 Collocazione

I Punti Unici di Accesso (PUA) hanno la sede presso tutte le Case di Comunità, attivate dalle ASST, al fine di garantire una diffusa ed idonea informazione ai cittadini e per dare risposte ai bisogni semplici o l'attivazione di una valutazione dell'Equipe/Unità di Valutazione Multidimensionale per i bisogni complessi.

Considerando che una funzione fondamentale del PUA è quella di intercettare il bisogno, consentendo alle persone un accesso più facile alla rete dei servizi, si valuterà, a livello territoriale e in presenza di forti integrazioni con gli ambiti sociali, la possibilità di uno sviluppo funzionale del PUA, caratterizzato dalla disseminazione di PUNTI DI ASCOLTO e di raccolta della domanda nell'ambito del territorio distrettuale collegati al PUA della CdC, valorizzando la rete delle antenne sociali istituzionali (segretariato sociale, Terzo settore contrattualizzato da SSN o dal sociale, volontariato, parrocchie, ecc.) in modo da favorire ed ottimizzare l'intercettazione del bisogno (DGR 6760/22).

5.1.4 Personale

Presso il PUA opera un'equipe integrata composta da personale appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli Ambiti territoriali sociali, con la presenza minima di:

- Infermiere di famiglia e di comunità (IFeC)
- Assistente sociale (Comuni\Ambito Territoriale Sociale e/o ASST)

L'equipe può essere inoltre integrata con altre figure professionali, anche eventualmente di tipo amministrativo, che garantiscano un'adeguata attività del PUA (DGR 6760/22)

5.1.5 Modalità organizzative e attuative

Il PUA, all'interno della Casa di Comunità, è operativo dal lunedì al sabato.

L'accesso al PUA può avvenire spontaneamente da parte dell'assistito o dei suoi familiari oppure su indicazione di MMG, IFeC, UCA, specialisti ospedalieri o servizi di dimissioni protette, Pronto Soccorso, assistenti sociali dei Comuni, Associazioni di Volontariato, Terzo Settore.

La persona può essere inviata indirettamente al PUA da qualsiasi nodo della rete sanitaria, sociosanitaria o sociale, laddove si presenti una situazione che richieda un approccio integrato di presa in carico.

L'attività del PUA si articola su tre livelli:

1. Front office – Informazione e orientamento.
2. Back office di I livello – bisogno semplice, ovvero l’attivazione di un servizio necessario a rispondere al bisogno emerso e “complesso” che non richiede presa in carico integrata
3. Back office di II livello – bisogno complesso che richiede un rimando ad ulteriore fase di valutazione multidimensionale e di presa in carico integrata.

1 - L’attività di Front office prevede fundamentalmente l’accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.

2 - Il Back office di I livello effettua una prima valutazione di ogni richiesta accolta presso il PUA e propone un relativo percorso di presa in carico.

Nel caso di richieste “semplici”, direttamente risolvibili, al PUA compete l’orientamento e/o l’accompagnamento e l’attivazione dei servizi individuati al riguardo.

Per le situazioni “complesse” che non richiedono una presa in carico integrata, o l’attivazione di servizi integrati, ma che sono riconducibili a uno specifico ambito di pertinenza, il PUA provvede ad avviare il percorso di presa in carico, attivando direttamente i servizi necessari.

3 - L’attività di Back office di II livello valuta le problematiche ritenute dal PUA più articolate e complesse, che richiedono una presa in carico integrata, avviando l’Equipe/Unità di Valutazione Multidimensionale attivata all’interno del PUA (legge 234\21 art. 1 comma 163).

6. L’EQUIPE/UNITA’ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

L’attuale normativa, a partire dalla Legge di Riforma sanitaria della Regione Lombardia n. 23/2015, individua quale punto cardine della gestione dei pazienti fragili, disabili e non autosufficienti il processo di valutazione multidimensionale.

La dimensione multidimensionale garantisce la valutazione degli aspetti più significativi della persona fragile attraverso un approccio multiprofessionale considerando che le persone fragili e compromesse nell'autonomia, presentano varie problematiche e bisogni correlati di diversa tipologia, richiedenti più servizi e con il coinvolgimento di vari attori del sistema.

A tal fine l’Ambito territoriale sociale e il Distretto dell’ASST costituiscono l’Equipe/Unità di Valutazione Multidimensionale integrata composta da personale adeguatamente formato garantendo l’apporto di tutte le professionalità necessarie per la valutazione del bisogno della persona e lo svolgimento appropriato e tempestivo dell’intero percorso assistenziale integrato.

6.1 Finalità

Con riferimento alla Valutazione Multidimensionale le presenti linee di indirizzo intendono:

- Fornire indicazioni sul realizzare concretamente un’adeguata valutazione dei bisogni della persona in condizioni di fragilità, al fine di favorire l’identificazione degli eventuali interventi di sostegno e una “presa in carico” integrata della persona e della sua famiglia;
- implementare un approccio coordinato e sinergico che renda il percorso di accesso alla rete dei servizi da parte delle persone, delle famiglie e della comunità nel suo complesso sempre più trasparente “facilitato” e partecipato, anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi integrati, già in uso, tra i servizi sociosanitari e sociali;
- garantire la continuità tra le diverse azioni di cura e assistenza, per assicurare la definizione di percorsi realmente integrati e favorire lo sviluppo di interventi di prossimità;
- sviluppare una visione comunitaria, orientata verso una nuova organizzazione delle funzioni e delle relazioni territoriali.

6.2 Funzioni

La Valutazione Multidimensionale si connota come lettura complessiva e misurazione dei bisogni sociosanitari, sanitari e sociali della persona fragile e del suo nucleo familiare.

La valutazione multidimensionale, derivante dalla richiesta di un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato, promossa dalla persona con disabilità, dà avvio al percorso di co-progettazione, evidenziando le condizioni e il contesto di vita, gli interessi, i bisogni, le richieste, i desideri e le preferenze della persona stessa (legge regionale 25/22).

L'équipe integrata di valutazione multidimensionale ha il compito di tradurre gli esiti della valutazione dei bisogni in un Progetto di vita a favore della persona fragile, predisposto d'intesa con la persona interessata e il caregiver familiare, quando presente, che includa:

- Bisogni, aspettative e desideri della persona e della famiglia, obiettivi e priorità, interventi da attivare, soggetti attuatori degli interventi e tempi di realizzazione;
- la chiara identificazione dell'operatore di riferimento (Case Manager) per la persona in situazione di bisogno e per il suo caregiver e/o famiglia, che durante lo svolgimento del Progetto Individualizzato assume un ruolo di raccordo e mediazione tra la persona, il caregiver/famiglia ed i diversi Enti e/o servizi chiamati ad intervenire;
- le diverse possibilità d'intervento integrativo dei servizi sociosanitari, sanitari e sociali territoriali, con la valorizzazione degli eventuali contributi delle reti di sostegno di welfare comunitario e generativo.

Al fine della redazione del progetto individualizzato l'Equipe/Unità di Valutazione Multidimensionale si dota degli strumenti necessari per far emergere le esigenze della persona con disabilità, avvalendosi della collaborazione della rete territoriale dei servizi (legge reg. Lombardia 25/22).

Infine l'équipe, attraverso l'operatore Case Manager identificato, monitora periodicamente l'andamento e l'efficacia del Progetto di vita.

6.3 Modalità d'accesso e percorso di valutazione

L'accesso alla valutazione multidimensionale può avvenire tramite l'invio del caso da parte degli operatori del PUA che valuteranno in base al bisogno l'attivazione o meno dell'equipe/unità di valutazione multidimensionale, oppure a seguito di segnalazione di altri soggetti/servizi della rete territoriale e/o altri servizi del sistema che hanno in carico la persona (Servizi sociali comunali/Ambito, cure primarie, SMIA, ospedale, COT, percorsi di riabilitazione, etc).

L'attività di valutazione dell'equipe/unità multidimensionale può articolarsi in 4 fasi (decreto 62/24):

“La prima: nel rispetto dell'esito della valutazione di base, da un lato saranno rilevati gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative, dall'altro andrà definito l'effettivo profilo di funzionamento, anche in termini di capacità e performance dell'ICF, nei differenti ambiti di vita liberamente scelti;

La seconda fase individua le barriere e i facilitatori negli ambiti di vita che riguardano il progetto e le competenze adattive della persona.

La terza fase formula le valutazioni inerenti all'effettivo profilo di salute fisica, mentale, intellettiva e sensoriale, ai bisogni della persona e ai domini della qualità di vita, in relazione alle priorità espresse della persona con disabilità.

La quarta fase definisce gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita; prima però effettua un censimento di eventuali piani specifici di sostegno già attivati e dei loro obiettivi, cioè di tutto

quanto è stato eventualmente già concesso. Sono inclusi anche i piani o programmi di ambito sanitario”.

Successivamente alla valutazione, l'operatore Case Manager individuato dall'équipe da comunicazione alla persona fragile e/o al caregiver familiare relativamente all'esito della stessa e propone la sottoscrizione del relativo Progetto Individualizzato.

La sottoscrizione del Progetto Individuale avviene da parte della persona con fragilità o del suo rappresentante legale, dal referente ASST, dal referente Comune/Ambito e dal Case Manager; Inoltre, l'operatore Case Manager individuato dall'équipe effettua il monitoraggio periodico dell'appropriatezza del Progetto Individualizzato: riguarda una valutazione in itinere dell'impatto dei percorsi di “cambiamento” attivati sulla situazione di vita della persona, al fine di comprendere se le proposte introdotte migliorano la condizione del benessere della persona e sono sostenibili in una logica di medio –

6.4 Collocazione

L'équipe integrata di valutazione multidimensionale è individuata all'interno delle Case di Comunità. Tuttavia, può essere valutata la possibilità di prevedere delle ulteriori sedi in considerazione di fattori quali: numerosità e densità della popolazione, vie e mezzi di collegamento, analisi dei bisogni del territorio, coinvolgimento del numero di operatori. Laddove necessario, è possibile organizzare équipe mobili, che consentano adeguata capillarità dell'offerta. Inoltre, benché si prediliga una partecipazione in presenza di ogni componente dell'EVM/UVM, non si esclude una modalità ibrida, permettendo la partecipazione sincrona anche da remoto.

6.5 Composizione

L'équipe/unità di valutazione multidimensionale è composta da personale dell'ambito territoriale sociale e del Distretto sociosanitario adeguatamente formato e numericamente sufficiente a costituire un nucleo di valutazione di base.

L'introduzione del Decreto 62/24 indica quali componenti obbligatori:

- la persona con disabilità e chi la rappresenta;
- la persona che supporta nel procedimento, se nominato dall'interessato;
- un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali;
- uno o più professionisti sanitari designati dall'Azienda Sanitaria o dal Distretto sanitario, col compito di garantire l'integrazione sociosanitaria, uno dei quali assume il compito di coordinatore dell'unità;
- un rappresentante dell'istituzione scolastica in caso di soggetti in età scolare;
- il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta della persona con disabilità, senza oneri a carico della finanza pubblica, cioè senza compensi.
- Interviene anche un membro dei servizi per l'impiego nel caso in cui la valutazione di base abbia accertato la collocabilità lavorativa.

L'Equipe/unità di valutazione può altresì prevedere ulteriori componenti che possono partecipare su richiesta:

- il coniuge, un parente, un affine, una persona con vincoli di cui alla legge 20 maggio 2016, n. 76 (coppie di fatto, unioni civili), o il caregiver familiare;
- un medico specialista o specialisti dei servizi sanitari o sociosanitari;
- un rappresentante di associazione, fondazione, agenzia o altro ente con specifica competenza nella costruzione di progetti di vita, anche del terzo settore;
- referenti dei servizi pubblici e privati presso i quali la persona con disabilità fruisce di servizi o prestazioni, anche informale

- gli operatori del Centro per la vita indipendente.

6.6 Responsabilità

L'operatività dell'équipe/unità di valutazione multidimensionale si basa essenzialmente sul principio di reciprocità ASST - Ambito Territoriale, nella messa a disposizione delle risorse necessarie al funzionamento delle équipe multidimensionali.

A tal fine, si ritiene importante prevedere incontri periodici tra i Responsabili territoriali delle ASST e degli Uffici di Piano degli Ambiti Territoriali competenti, per la trattazione degli argomenti concernenti la programmazione, il monitoraggio e la verifica degli interventi.

L'Equipe/unità di Valutazione Multidimensionale dovrà essere formalmente istituita tramite accordo delle parti in cui andranno definite:

- modalità di convocazione e definizione dell'ordine del giorno
- definizione di una istruzione operativa per il suo funzionamento
- indicazione dei destinatari
- funzioni e responsabilità
- individuazione di strumenti
- definizione di indicatori di esito dell'attività

Potranno definirsi responsabilità diversificate a seconda dei soggetti destinatari di provvedimenti che richiedono valutazioni multidimensionali:

- per soggetti che si caratterizzano per valutazioni di natura **prevalentemente sociosanitaria** (a titolo esemplificativo: Dimissioni protette e situazioni complesse, misura B1 – Fondo Nazionale Non Autosufficienza, Residenzialità per minori con gravissima disabilità, Residenzialità leggera assistita, Residenzialità assistita in comunità per religiosi, Inclusione attiva), l'équipe integrata di Valutazione Multidimensionale è coordinata dal Responsabile territoriale dell'ASST di competenza e/o da un suo delegato che convoca l'incontro, garantisce la gestione tecnico – operativa dell'équipe, la presenza degli operatori sanitari e sociosanitari richiesti, la formulazione del Progetto Individualizzato a favore della persona, l'identificazione del case-manager di riferimento, l'erogazione e il monitoraggio delle prestazioni previste. La suddetta équipe è integrata, per la parte di competenza, dall'operatore sociale dell'Ambito Territoriale/Comune.
- per i soggetti destinatari che si caratterizzano per valutazioni di natura **prevalentemente sociale** (a titolo esemplificativo: Misura B2 - Fondo Nazionale Non Autosufficienza, Dopo di noi, Reddito cittadinanza, Pro.V.I., Inclusione attiva), l'équipe di Valutazione Multidimensionale è coordinata dal Responsabile dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale di competenza, o un suo delegato che convoca l'incontro, garantisce la gestione tecnico - operativa dell'équipe, la presenza degli operatori sociali richiesti, la formulazione del Progetto Individualizzato a favore della persona, l'identificazione del case-manager di riferimento, l'erogazione ed il monitoraggio degli interventi previsti. La suddetta équipe è integrata, per la parte di competenza, dagli operatori sanitari e sociosanitari dell'ASST territorialmente competente.

6.7 Strumenti di valutazione

L'équipe/unità di valutazione Multidimensionale si doterà di strumenti validati di valutazione in relazione alla tipologia di soggetti che saranno oggetto di valutazione, quali:

- Scale validate per la valutazione delle diverse dimensioni del funzionamento della persona in relazione ai principali aspetti della qualità della vita con particolare riferimento alla cura della

persona, inclusa la gestione di interventi terapeutici, mobilità, comunicazione ed altre attività cognitive, attività strumentali e relazionali della vita quotidiana;

- strumenti per la rilevazione della condizione familiare, abitative e ambientale, in particolare con particolare riferimento alle dinamiche affettive, vissuti del contesto familiare, contesto socio-relazionale, motivazioni e attese sia personali sia del contesto familiare;

- rilevazione delle condizioni di natura clinica e comportamentale complesse.

Gli strumenti individuati potranno inoltre essere integrati, di volta in volta, da strumenti aggiuntivi valutati dalle singole professionalità in relazione al bisogno.

6.8 Monitoraggio sviluppo delle progettualità

L'équipe di valutazione multidimensionale effettuerà, anche attraverso la figura del Case Manager, un monitoraggio dell'andamento del «progetto di vita» attivato per ciascun soggetto preso in carico, valutando in itinere l'impatto dei percorsi di "cambiamento" attivati sulla condizione di vita della persona, verificando se il percorso proposto stia promuovendo le condizioni per un reale miglioramento e cambiamento di vita della persona, se i cambiamenti attivati migliorino la condizione del benessere complessivo della persona e se gli stessi siano sostenibili in una logica di medio-lungo periodo. Il Case Manager avrà il compito di ragguagliare periodicamente il resto dell'équipe e di redigere su apposito supporto documentale lo stato di avanzamento del progetto.

7. IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO E IL BUDGET DI PROGETTO

7.1 Il progetto di vita

La presa in carico della persona a seguito di valutazione dell'équipe multidimensionale implica la stesura di un progetto di vita individuale per la persona che regolerà e definirà le modalità di funzionamento dell'insieme dei suoi servizi.

Nello specifico i contenuti su cui si articola il «Progetto di vita» possono ricondursi a:

- gli obiettivi della persona risultanti all'esito della valutazione multidimensionale;
- gli interventi individuati nelle aree di apprendimento, socialità e affettività; formazione, lavoro; casa e habitat sociale; salute;
- l'ambito della casa e dell'abitazione indicando servizi che realizzino ambienti di vita assimilabili a quelli familiari favorendo il passaggio a condizioni ordinarie dell'abitare e la de-istituzionalizzazione;
- i servizi, le misure relative ai processi di cura e di assistenza, gli accomodamenti ragionevoli volti a perseguire la migliore qualità di vita e a favorire la partecipazione della persona con disabilità nei diversi ambiti della vita, nonché i sostegni e gli interventi idonei e pertinenti a garantire la piena inclusione e il godimento, sulla base di uguaglianza con gli altri, dei diritti civili e sociali e delle libertà fondamentali; sono incluse anche le prestazioni di natura sanitaria e sociosanitaria previste dai LEA (rif. decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017);
- i piani operativi e specifici delle azioni e dei sostegni correlati agli obiettivi del progetto, con indicazione di eventuali priorità, o, nel caso di piani già esistenti, il loro riallineamento, anche in termini di obiettivi, prestazioni e interventi;
- gli operatori e le altre figure coinvolte nella fornitura dei sostegni indicati con la precisazione di compiti e responsabilità;
- il referente per la sua attuazione (Case Manager);

- la programmazione dei tempi e le modalità delle verifiche periodiche e l'aggiornamento, anche al fine di controllare la persistenza e l'adeguatezza delle prestazioni rese rispetto agli obiettivi;
- il dettaglio e l'insieme delle risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali ed economiche, pubbliche, private e del terzo settore, già presenti o attivabili anche in seno alla comunità territoriale, alla rete familiare, nonché al sistema dei supporti informali, che poi compongono il budget di progetto.

Per la stesura del «Progetto di vita» vengono individuate modalità che garantiscano la partecipazione della persona alla stesura dello stesso, con particolare riferimento alle persone con disabilità comprese quelle che necessitano di un sostegno intensivo e quelle che sono sottoposte a provvedimenti di protezione giuridica.

All'interno del «Progetto di vita» per quanto possibile sarà implementata la continuità dei sostegni e di tutti gli interventi necessari per rendere accessibile il luogo di abitazione.

7.2 Il budget di progetto

Il budget di progetto dovrà ricomprendere tutte le risorse necessarie alla realizzazione di quanto previsto all'interno del «Progetto di vita» e potrà essere composto da:

- le risorse derivanti dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali (FNPS), dal Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza (FNNA), dal fondo di cui alla legge 22 giugno 2022, n. 112 (Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare) e quelle dedicate all'interno del Fondo Sociale Europeo (FSE) e di altri fondi pubblici che dovessero rendersi disponibili;
- le risorse e gli interventi a sostegno dell'inclusione scolastica di carattere regionale, ivi compresi quelli attivati a favore della disabilità sensoriale, avviati presso le scuole secondarie di secondo grado e i centri di formazione professionale;
- le risorse e gli interventi a sostegno dell'inclusione lavorativa;
- ogni altro intervento di welfare sociale promosso dalla Regione e dagli enti locali;
- i trasferimenti monetari di tipo assistenziale, previdenziale e le risorse personali, così come quelle liberamente messe a disposizione dai familiari, anche in termini di lavoro volontario o quelle attivabili dalla comunità sociale di appartenenza;
- le risorse impegnate dalla Regione e dai comuni per le tariffe delle unità di offerta residenziale sociosanitarie o socio-assistenziali, che possono confluire nel budget di progetto qualora si preveda un percorso di uscita dai servizi residenziali e tenuto conto della valutazione multidimensionale, nonché del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

Inoltre, la persona con disabilità può partecipare volontariamente alla costruzione del budget conferendo risorse proprie, nonché valorizzando supporti informali.

8. LA CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

(PNRR e DM 77/22)

Prevista dal PNRR, per una copertura ancora più capillare del territorio, la COT è attivata sul territorio a livello distrettuale comprendendo un bacino di utenza di circa 100.000 abitanti (Distretto), e coordina i servizi rivolti alle persone a partire dalle CdC, gli OdC e le altre strutture sociosanitarie sul territorio. La centrale svolge funzioni di coordinamento sia della presa in carico della persona, che diventa integrata e coordinata, che del raccordo tra servizi e professionisti

coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

8.1 Obiettivo

La COT assicura continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria. Svolge un lavoro di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

8.2 Funzioni

La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso le seguenti funzioni tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle Case della Comunità (CdC) e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Il coinvolgimento della COT ed il raccordo con PUA e EVM/UVM nel dare attuazione a quanto previsto all'interno del progetto di vita individualizzato, prevedendo un elevato livello di integrazione tra i diversi percorsi\interventi previsti nel dare risposte al bisogno della persona, risulta quindi strategico e indispensabile proprio nel favorire la continuità assistenziale e le transizioni tra i diversi setting di cura all'interno delle diverse reti territoriali.

Bergamo, 2 dicembre 2024