Corso di formazione



Modalità e criteri di accesso ai servizi sociali e sociosanitari domiciliari, diurni e residenziali.

Tra disposizioni nazionali e regionali e applicazioni territoriali.

12 marzo 2025

Gruppo Solidarietà – www.grusol.it

Riflettere insieme, per capire meglio

- Vorrei che l'incontro possa essere occasione per una lettura complessiva delle modalità e criteri di **accesso** e **valutazione**.

- Come «funziona» il sistema di accesso, anche con riferimento sia ai diversi ambiti che alle diverse tipologie di interventi e servizi.

- Le norme sono indicate ma non indugeremo nel dettaglio normativo.

Sostegni, interventi e servizi

- **Accesso e valutazione**. Condizioni per accedere ad un intervento. Valutazione ai fini della migliore risposta (il tema degli standard di offerta). **Accesso e selettività**.
- **Servizi**: ad esempio domiciliari, diurni, residenziali (sociali/sociosanitari/sanitari).
- **Trasferimenti economici per?** comprare i servizi, riconoscere e sostenere il lavoro di cura.
- **Quali nella nostra Regione.**
- **La regolamentazione degli interventi.**

Tipologia di interventi e servizi

Valutazione, criteri, percorsi

- **Sostegno domiciliarità**: servizi e trasferimenti monetari (per?).
- **Servizi diurni**

- **Servizi residenziali**

Le norme di riferimento

- **Livello nazionale** (principali): Dpcm LEA, legge 234/21 (finanziaria 2022); Piano non autosufficienza 2022-24; PNRR: DM 77/2022 (assistenza territoriale); «Riforme» disabilità e non autosufficienza.

- **Livello regionale** (principali): Dgr 111/2015 (governo domanda, accesso, valutazione); Norme sulle autorizzazioni; Dgr applicative Piano non autosufficienza e DM assistenza territoriale. Norme legate a specifici interventi.

La valutazione. Un livello essenziale (DPCM 12.1.2017 - LEA)

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.

Le **regioni** e le province autonome **organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio** nelle **modalità,** nelle **procedure** e negli **strumenti di valutazione multidimensionale**, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza

La valutazione. Un livello essenziale (DPCM 12.1.2017 – LEA)

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.

Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato.

Unità multidisciplinari, Unità valutative

Percorsi, interventi, servizi e .. nodi.

- Cosa sono, da chi sono composte, chi le disciplina, quali funzioni hanno?

- Funzioni e condizioni per adempierle.

- Stato, Regioni, Aziende sanitarie, Ambiti sociali/Comuni.

- Accesso. Le condizioni, anche quelle economiche.

-L'integrazione professionale e l'appartenenza allo stesso ente o enti diversi.

- Figure professionali e dotazioni: Chi, quanto e come

- Aree: disabilità, anziani, demenze, salute mentale

Unità multidisciplinari e Unità valutative

Aree (disabilità, anziani, demenze, salute mentale), **funzioni** e **percorsi** (ad esempio: ospedale/territorio).

Nelle Marche (oggi). Collocazione a livello di Distretto

- Anziani. UVI/UVD (Unità valutative distrettuali/integrate)
- Demenze. CDCD (Centri disturbi cognitivi e demenze)
- Disabilità. UMEE/UMEA (Unità multidisciplinari età evolutiva (non solo disabilità); Unità multidisciplinari età adulta (disabilità adulta)
- Salute mentale: DSM
- **Collocazione: solo pubblica**?

DGR 111/2015 – Unità Valutativa Integrata

Dotazione minima "**Nucleo fisso**":

Responsabile dell'UVI: **Dirigente sanitario**; il medico curante dell'assistito (responsabile clinico del paziente); **l'assistente sociale referente del caso** (del Distretto sanitario e/o degli Ambiti Territoriali Sociali); **l'infermiere.**

Il nucleo fisso, i cui componenti sono individuati per le rispettive competenze dal direttore di Distretto e dal Coordinatore D'Ambito, è integrato, a seguito di specifiche esigenze del caso, da professionisti individuati da UOSeS.

Analogamente si procederà ad integrare il nucleo fisso con le professionalità di UMEE ed UMEA, nel caso la valutazione inserisca soggetti di loro competenza.

Centri disturbi cognitivi e demenze: funzioni

- valutazione cognitiva e funzionale del malato; - valutazione neuropsicologica; - attivazione della presa in carico; - trattamento farmacologico; - formulazione ed erogazione di programmi di intervento non farmacologico; - programmazione di follow up; - di facilitare il percorso assistenziale, coinvolgendo attivamente i caregiver e dando particolare attenzione all'aspetto relazionale e alla funzione educativa; - formulazione ed erogazione di programmi di interventi formativi e di supporto ai caregiver.

Inoltre

- **rivalutare** le persone con demenza accolte nelle Residenze protette anziani, al fine dell'eventuale trasformazione in posti letto come *residenza protetta demenze*.

- Nei nuovi **requisiti di autorizzazione**, ai CDCD è stata assegnata la funzione, precedentemente affidata alle UVI, **di valutazione dell'accesso/permanenza/dimissione** alle diverse tipologie di servizi diurni e residenziali rivolti alle persone con demenze.

- **Dotazione organica e figure professionali**: Non definita.

Unità multidisciplinare età evolutiva (**non solo disabilità**)

1. L'Unità multidisciplinare dell'età evolutiva è composta da un neuro-psichiatra infantile, uno psicologo, un pedagogista, un assistente sociale, uno o più tecnici della riabilitazione come logopedisti, fisioterapisti, psicomotricisti, musicoterapisti, uno o più consulenti nella patologia segnalata. All'interno dell'Unità multidisciplinare è individuato un coordinatore.

2. L'Unità di cui al comma 1 svolge le seguenti funzioni:

a) informazione, educazione sanitaria e attività di prevenzione;

b) consulenza e sostegno, anche psicologico, della famiglia;

c) collaborazione con enti ed istituzioni;

d) interventi per la cura e la riabilitazione precoce della persona in condizione di disabilità;

e) individuazione della disabilità e compilazione della diagnosi funzionale.

f) collaborazione con gli operatori della scuola e i genitori per l'elaborazione del profilo dinamico funzionale nonché del piano educativo individualizzato;

g) verifica del progetto educativo ai fini dell'inserimento sociale, scolastico e nelle strutture che favoriscono l'integrazione della persona in condizione di disabilità;

h) controlli periodici per una valutazione globale in itinere sull'andamento del soggetto nelle fasi evolutive dal punto di vista clinico, relazionale, delle capacità residue e delle potenzialità di apprendimento.

Unità multidisciplinare età adulta - 1

L'Unità multidisciplinare dell'età adulta è composta da un neurologo, un fisiatra, uno psicologo, un sociologo, un assistente sociale, uno o più tecnici della riabilitazione come fisioterapisti, logopedisti, psicomotricisti, musicoterapisti, uno o più specialisti e operatori competenti per singole situazioni o progetti. All'interno dell'Unità multidisciplinare è individuato un coordinatore.

2. L'Unità multidisciplinare dell'età adulta progetta ed effettua interventi in forma ambulatoriale, domiciliare e negli altri ambienti di vita della persona in condizione di disabilità.

3. L'Unità multidisciplinare di cui al comma 1 **svolge le seguenti funzioni:**
a) **collaborazione** con l'Unità) multidisciplinare per l'età evolutiva per l'effettuazione di studi epidemiologici volti a definire incidenza, prevalenza e gravità della disabilità sul territorio. I risultati di tali indagini a carattere permanente, sono oggetto, insieme ad altri contributi, di diffusione ed approfondimento attraverso iniziative scientifiche ed incontri volti alla sensibilizzazione della popolazione ed all'aggiornamento degli operatori interessati;
b) **valutazione clinica** della persona attraverso l'esame dell'iter diagnostico e terapeutico già percorso, allo scopo di definire le esigenze sanitarie della stessa sia a livello iniziale che di monitoraggio successivo. Tale approfondimento sanitario è finalizzato alla realizzazione di un protocollo di trattamento individualizzato, le cui tappe sono registrate nel diario personale del disabile di cui all'articolo 3, comma 1, lettera d.

Unità multidisciplinare età adulta - 2

c) **valutazione psicologica** del paziente anche mediante l'acquisizione del profilo funzionale fornito dall'Unità multidisciplinare dell'età evolutiva allo scopo di stabilire e quantificare i deficit presenti, le potenzialità residue, le abilità acquisite e poter così elaborare un progetto educativo individualizzato, in collaborazione con gli operatori sociali;
d) **valutazione sociale** condotta insieme all'Unità multidisciplinare dell'età evolutiva al fine di mediare il contatto con la famiglia e con le altre figure significative per l'utente;
e) **verifica periodica dei trattamenti** e degli interventi messi in atto per ogni singolo utente;
f) **consulenza e sostegno alle famiglie**, nelle forme individuali o per gruppi specifici;
g) **collaborazione funzionale, anche attraverso protocolli d'intesa, con i servizi per l'impiego competenti**, con i comitati tecnici provinciali di cui all'articolo 6 della legge 68/1999 e con gli enti locali per la ricerca delle condizioni, degli ausili e dei sostegni più opportuni per un efficace inserimento lavorativo di persone in condizione di disabilità nelle strutture produttive private e pubbliche;
i) **collaborazione** con il servizio psichiatrico per i casi di confine.

Il tema della dotazione organica

- REGOLAMENTO REGIONALE 2 novembre 1998, n. 52, **Criteri per la costituzione e la dotazione di personale delle unità multidisciplinari di cui all'articolo 9, comma 6, della legge regionale 4 giugno 1996**, n. 18. (B.U. 12 novembre 1998, n. 95)

- D.G.R. 1965 del 12.11.2002, **LR n. 18/1996 e successive modificazioni ed integrazioni - criteri per la costituzione e la dotazione di personale delle unità multidisciplinari e modalità per la collaborazione delle stesse con le commissioni sanitarie di cui all'art. 4 della L. n. 104/92 e con gli organismi previsti dalla L. n. 68/99** (B.U.R., n. 126 del 29.11.2002).

Accesso, valutazione, presa in carico (Dgr 111/23.2.2015) – governo domanda

- Punto unico di accesso
- Unità di valutazione integrata
- Presa in carico e continuità dell'assistenza

- UOSeS (Dgr 110/2015)

PUA (Dgr 559/2023) **applicativo** DM 77/2022 (assistenza territoriale)

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 esiti di salute.**

È organizzato in cooperazione tra il sistema dei servizi dell'ATS e il complesso delle dotazioni del Distretto sanitario. **A questo scopo il Servizio sanitario regionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, le seguenti funzioni**:

- **l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso** (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate 'Case della comunità' e negli altri presidi ritenuti pertinenti e adeguati dalla programmazione locale.

Percorso assistenziale integrato

- **Presso i PUA operano équipe integrate che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale** (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo

- **Sulla base della valutazione dell'UVM, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI),** contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno

- La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.

Percorso assistenziale integrato

Le macrofasi

- Accesso
- Prima valutazione
- Valutazione multidimensionale
- Piano assistenziale individualizzato (Piano condiviso di sostegno)
- Monitoraggio e valutazione PAP

Funzioni del PUA

1. **Orientare** le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse, ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli.
2. **Agevolare** l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
3. **Avviare la presa in carico**, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
4. **Monitorare** le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.
5. **Segnalare** le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata

Funzioni del PUA

- **Le attività del PUA** sono articolate su due livelli:

- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

- Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali tramite il Distretto sanitario e dalle amministrazioni locali che compongono l'ATS. Per svolgere adeguatamente le sue funzioni, **ciascun PUA deve prevedere una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi con il compito di garantire accoglienza, ascolto e prevalutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale**.

Funzioni del PUA

- Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:
- Il Servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali professionalità sociali, tramite l'ATS.
- Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite il Distretto.
- Il servizio infermieristico di comunità.
- Gli adeguati servizi amministrativi e tecnici.
- Eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale.

Valutazione multidimensionale

La **valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata** della persona con disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale.

Gli **strumenti** per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, **quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica** (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale è effettuata dalla unità valutativa Multidimensionale che **esercita le seguenti funzioni**

1) **Effettua la valutazione multidimensionale e multidisciplinare** che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.

2) **Elabora il progetto personalizzato degli interventi** (Piano di Assistenza Individuale – PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, **garantendo comunque quanto previsto dai LEA**.

3) **Individua** l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni.

4) **Monitora e verifica i risultati**, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

Valutazione multidimensionale

La **composizione** minima delle Unità di valutazione multidimensionale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- Il **medico di medicina generale**, ovvero il pediatra di libera scelta.
- Il **medico di distretto**.
- **L'infermiere di comunità**.
- **L'assistente sociale dell'ATS**.

Valutazione multidimensionale

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapista della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali.

Al fine di **poter garantire un'effettiva integrazione tra il settore sociale e l'ambito** sanitario, **l'assistente sociale coinvolto nell'equipe integrata multidisciplinare è individuato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale**.

Specularmente, le **figure sanitarie**, individuate per l'equipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario.

Piano assistenziale individuale (PAI)

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta **la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo assistenziale**.

Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità **di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato**, **è predisposto dall'UVM distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale**. (NB. Art. 14 della 328 prevede la predisposizione del «progetto individualizzato»)

La progettazione individuale condivisa con l'utente declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate, la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

Valutazione, Piano assistenziale, interventi

- Ripensiamo ai percorsi domiciliari ed all'attuale sistema di offerta!
- Cosa «offrono» i territori e come
- La valutazione multidimensionale e la formulazione del Piano assistenziale individualizzato.
- Progetto individualizzato (art. 14, legge 328): su richiesta dell'interessato.

Servizi diurni e residenziali. Modalità di **accesso** e ruolo dei servizi di **valutazione e presa in carico** (Dgr 937/38/40 e modificazioni)

- **Requisiti generali sociosanitari. Per ciascuna persona accolta il Servizio predispone un Progetto di intervento individualizzato (denominato e specificato secondo le normative di settore) contenente le aree di intervento e le figure professionali coinvolte, tenuto conto del progetto del Servizio inviante, condiviso con l'utente stesso e con chi ne esercita la tutela (Req. 31 DGR 937).**
- **Requisiti generali sociali. Per ciascuna delle persone accolte è predisposto dal Servizio pubblico inviante apposito progetto o apposita relazione di accompagnamento sull'ospite, salva diversa disposizione contenuta nelle schede specifiche delle singole strutture (Req. 16 DGR 940).**

Modalità di accesso ai servizi sociosanitari e sociali e ruolo dei servizi di valutazione presa in carico

Disabilità (e riabilitazione)

- Con alcune differenziazioni valido per Riab. Int., Riab. Est., Unità speciale, Centro diurno riab. Accesso "Diretto da reparti ospedalieri (nell'ambito della dimissione protetta), dai servizi territoriali distrettuali (nell'ambito delle Unità di Valutazione). dal MMG. Pediatra di Libera Scelta o specialista dipendente o convenzionato con il SSN, previa valutazione multidimensionale della persona con strumenti adottati a livello regionale".
- Residenza sociosanitaria. CSER. Gruppo appartamento: Accesso con valutazione UMEA con funzione di presa in carico. Nella Comunità alloggio (sociale) invio "competenti servizi territoriali in accordo con responsabile struttura".

Modalità di accesso ai servizi sociosanitari e sociali e ruolo dei servizi di valutazione presa in carico

Disabilità/riabilitazione. In sintesi

- Riab. Int., Riab. Est., Unità speciale, CDR: Presenza di équipe multidisciplinare interna, Redazione Progetto Riabilitativo dall'équipe multidisciplinare.
- Residenza sociosanitaria (Ex: RSA-RP-CoSER), CSER, Gruppo appartamento: Progetto riabilitativo educativo individualizzato (chiamato PEI). Formulato da struttura ed elaborato in collaborazione tra équipe residenza e servizi sociali e sanitari (RSSA). Nel CSER la struttura redige e aggiorna PRE (credo per refuso scomparsa seconda parte). Nel GA come ex CSER. Nella Comunità alloggio (sociale) progetto/relazione del soggetto inviante. Poi progetto della Comunità

Modalità di accesso ai servizi sociosanitari e sociali e ruolo dei servizi di valutazione presa in carico

- **Anziani: UVI (anche hospice), CDCD (Centro disturbi cognitivi e demenze), servizi territoriali e utenti.**
- **Salute mentale adulti (compreso DCA): CSM. Per CADM servizi sociosanitari territoriali.**
- **Salute mentale minori: NPI, UMEE.**
- **Minori: Servizi pubblici previa valutazione ambito neuropsichiatrico o tribunale minori, Comune, servizi pubblici.**
- **Dipendenze: Servizi territoriali del SSR, Autorità giudiziaria. Per CA SDP d'intesa con servizio sociale.**
- **AIDS. Servizio sanitario pubblico.**
- **Altro ….**

La valutazione nella riforma disabilità

La *valutazione* nella riforma della disabilità.

1. L'unità di valutazione multidimensionale elabora il progetto di vita a seguito della valutazione di cui all'articolo 25, secondo la volontà della persona con disabilità e nel rispetto dei suoi diritti civili e sociali.

2. Sono componenti dell'unità di valutazione multidimensionale:

a) la persona con disabilità;
b) l'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, il tutore o l'amministratore di sostegno, se dotato di poteri;
c) la persona di cui all'articolo 22, se nominato dall'interessato;
d) un assistente sociale, un educatore o un altro operatore dei servizi sociali territoriali;
e) uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario col compito di garantire l'integrazione sociosanitaria;
f) un rappresentante dell'istituzione scolastica nei casi di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66;
g) ove necessario, un rappresentante dei servizi per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità di cui all'articolo 6 della legge 12 marzo 1999, n. 68, nei casi di cui all'articolo 1, comma 1, della medesima legge;
h) il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta della persona con disabilità, senza oneri a carico della finanza pubblica.

La valutazione nella riforma non autosufficienza

Art. 27, comma 4, D.lgs 29/15 marzo 2024, Con decreto del Ministro della salute, di concerto con i Ministri del lavoro e delle politiche sociali e per le disabilità, **da adottare entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto (..) sono definiti i criteri per la individuazione delle priorità di accesso ai PUA, la composizione e le modalità di funzionamento delle UVM, lo strumento della valutazione multidimensionale unificata** omogeneo a livello nazionale (..) informatizzato e scientificamente **validato per l'accertamento della non autosufficienza e per la definizione del PAI** di cui al comma 12, nonché le eventuali modalità di armonizzazione con la disciplina sulla valutazione delle persone con disabilità di attuazione della legge n. 227 del 2021.

Per approfondire

Dal sito del Gruppo Solidarietà - www.grusol.it

- **Documentazione politiche sociali, http://www.grusol.it/informazioniN.asp**
- **Osservatorio Marche, http://www.grusol.it/vocesocialeN.asp**
- **Materiali corsi di formazione, http://www.grusol.it/formazione.asp?m=3**
- **Rassegne bibliografiche e schede di approfondimento**
- **Quaderni Marche**