

LINEE DI INDIRIZZO PER L'ORGANIZZAZIONE DEL PUNTO UNICO D'ACCESSO (P.U.A.)

INTEGRATO TRA SOCIALE E SOCIO-SANITARIO

1. Normativa di riferimento

- **D.M.S. 77/2022** → Nel decreto viene stabilita la presenza obbligatoria del Punto unico di accesso all'interno di tutte le Case della Comunità (sia Hub che Spoke) ma nel contempo si stabilisce che lo stesso ha solo competenze sanitarie.
- **Legge di bilancio 2022** → Il rilancio dei Punti unici di accesso si ha con la Legge di bilancio 2022 (L. 234/2021, art. 1 comma 163) che affida al PUA l'accesso alle prestazioni delle persone non autosufficienti e ne ridefinisce ed amplia le funzioni. In particolare viene aggiunta ai Punti unici di accesso la funzione della valutazione multidimensionale incardinando all'interno dei PUA l'attività delle Unità di Valutazione multidimensionali (UVM).

Comma **163**. Il Servizio sanitario nazionale e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza 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». Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali equipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'equipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (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. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS

- **Piano per la non autosufficienza 2022-2024** → Per il PNNA 2022-2024 i Commi 162 e 164 della L. 234/2021 sono oggetto delle azioni legate all'attuazione dei LEPS di erogazione, e in particolare sul passaggio graduale dai trasferimenti monetari all'erogazione di servizi diretti o indiretti; mentre il Comma 163 è oggetto delle azioni legate all'attuazione di un **LEPS di Processo**, sostenuto da un **Accordo Interistituzionale** allegato al Piano.

Per sostenere la progressiva attuazione del LEPS di Processo 'Percorso assistenziale integrato', sono individuati degli obiettivi di servizio che gli ATS si impegnano raggiungere nelle annualità di vigenza del PNNA 2022-2024.

- **Obiettivi di Servizio 2022**: Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- **Obiettivi di Servizio 2023**: Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di

funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.

- **Obiettivi di Servizio 2024:** Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- **Piano Nazionale degli interventi sociali 2021-2023**→ Nel Piano il PUA viene indicato tra le azioni prioritarie di potenziamento tanto sul lato sociale, come sul lato sanitario. Sono vari gli ambiti nei quali deve continuare e rafforzarsi la collaborazione socio-sanitaria: in primo luogo nella presa in carico, con Punti Unici di Accesso PUA e valutazione multidimensionale dei bisogni ad opera di équipe multidisciplinari a delineare uno scenario fondamentale di collaborazione.

Il PUA si pone naturalmente quale primo luogo dell'accoglienza sociale e sociosanitaria: porta di accesso alla rete dei servizi e delle risorse territoriali e modalità organizzativa dei servizi di accoglienza e orientamento tra Comune/Ambito Territoriale Sociale e Distretto ASST, istituita per garantire pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi sociali e sociosanitari, a coloro che ne abbiano necessità.

2. Premessa: lo stato dell'arte nel mantovano

L'esperienza di integrazione tra sociale e sociosanitario nel territorio mantovano è stata, e in alcuni ambiti è tutt'ora, praticata negli anni secondo esperienze legate ai CEAD e all'organizzazione dei Centri Multi Servizi più di recente.

Le esperienze, connesse anche alle indicazioni contenute nei diversi riparti annuali del Fondo nazionale per le non autosufficienze, hanno però beneficiato di finanziamenti specifici e vincolati solo parzialmente. Questo risulta anche un motivo -non irrilevante- per cui la collaborazione negli anni ha risentito di elementi di debolezza.

Di seguito la situazione delle collaborazioni in atto:

Ambiti sociali territoriali	
Guidizzolo	Esperienza pregressa di CEAD "diffuso" con funzioni di raccordo esercitate da a.s. di Ambito. Nessun accordo per presenza presso CdC
Asola	ASPA mette a disposizione 1 a.s. per 2 giorni (12 ore/sett.li) alla settimana presso la CdC. Presenti 4 IFeC + 1 infermiere valutatore + 1 coord FKT. Valutazione delle misure regionali e confronto sui casi complessi, segnalati dai Comuni o da IFeC. IFeC e a.s. di ASPA svolgono valutazioni congiunte domiciliari. PUA aperto dalle 9-11 solo con figura amministrativa o OSS in alternativa
Mantova	Coprosol mette a disposizione 1 a.s. a 36h/sett.li per lo più coinvolto con funzioni di VMD. Il PUA ad oggi è uno sportello aperto dalle 11 alle 13 e attiva segnalazioni in connessione con il CMS (personale sociale, sanitario e amministrativo). In corso confronti con ASST per integrare ulteriori 2 figure "sociali" per ampliare i temi di integrazione e su dimissioni protette.
Ostiglia	L'az. Destra Secchia mette a disposizione 1 a.s. per 5 h/sett.li presso la sede di Ostiglia per la valutazione integrata su sperimentazioni e misure regionali. Buona collaborazione anche in assenza di accordo specifico.
Suzzara	Buona collaborazione con Direttore Distretto Aggancio su PNRR per dimissioni protette

	Utilizzo schede BRASS per segnalazioni ai servizi sociali. Sul PUA per il momento non ci sono interazioni.
Sub ambito Viadanese	Sottoscritto specifiche Linee operative per PUA e relativo accordo. L'ASCOP mette a disposizione risorse professionali: 1 a.s. a 36 h sett.li + 1 a.s. a 6 h sett.li solo per casi di Viadana; 1 operatore amministrativo per gestione misure 1 OSS coordinatore servizi domiciliari Presenza fissa in CdC Viadana e 1 g/sett in CdC a Bozzolo Incontro di monitoraggio mensile con presenza Direttori Buona collaborazione con ADI Disponibilità spazi dedicati c/o le CdC no strumenti informatici e rete wifi

Stante la disomogeneità organizzativa con il presente documento si intendono proporre alcune riflessioni utili a condurre alla sottoscrizione di un accordo di carattere provinciale tra i diversi Ambiti Territoriali Sociali e ASST Mantova.

3. Finalità e funzioni del PUA

- I punti unici di accesso (PUA) garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali fornite dal Servizio sanitario nazionale e dagli Ambiti territoriali sociali (ATS), alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari.
- Nella definizione fornita dalla Legge di bilancio 2022, pur nella sua sinteticità, si segnalano tre punti fermi, che sono i seguenti:
 - a) I PUA sono realizzati e gestiti insieme dalle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dagli Ambiti sociali territoriali (e non i Comuni);
 - b) I Punti unici di accesso si rivolgono prioritariamente alle persone in condizioni di non autosufficienza (disabili ed anziani non autosufficienti);
 - c) I PUA garantiscono l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari.
 - d) Su questo aspetto non si può non segnalare la contraddizione con il D.M.S. n. 77/2022 che invece assegna al PUA solo competenze sanitarie.

Funzione fondamentale del PUA è quella di intercettare il bisogno, consentendo alle persone l'accesso appropriato ai servizi. **La persona può essere inviata 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.**

4. Destinatari

- I destinatari del servizio sono tutti i cittadini con bisogni sanitari, sociosanitari e sociali, prioritariamente le persone in condizioni di non autosufficienza. Si tratta quindi di anziani e disabili – anche minori - non autosufficienti.

5. Sede

I punti unici di accesso (PUA), hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate "Case della comunità".

- I PUA sono previsti obbligatoriamente in tutte le Case della Comunità, sia in quelle Hub che in quelle spoke .
- Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità", le Aziende sanitarie e gli Ambiti territoriali sociali si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata. Per cui l'indicazione è che si parta comunque subito in attesa che si realizzino tutte le sedi previste all'interno delle Case della Comunità.

Di seguito, nella tabella sotto riportata, si evidenzia la situazione a tendere di attivazione delle Case di Comunità (verificare stato dell'arte con ASST)

Distretto	Ambito territoriale	CdC attive	CdC da attivare entro 31.12.2023	CdC da attivare entro 31.12.2024	Totale PUA da strutturare
Alto Mantovano	Guidizzolo	Goito		Castiglione d/Stiviere	2
	Asola	Asola			1
Mantovano	Mantova			Mantova	1
Basso Mantovano	Ostiglia		Quistello	Sermide	2
	Suzzara		Suzzara		1
Casalasco-viadanese	Sub ambito Viadanese	Viadana Bozzolo			2
		4	2	3	9

6. Azioni specifiche

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.

Funzioni.

- a) 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.
- b) 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.
- c) Avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
- d) 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.
- e) Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

1. funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.

2. funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'**equipe integrata** di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. L'**equipe integrata di ambito** assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM/UVMD) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.

Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con fragilità/disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- a) La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni.
- b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVM/UVMD o equipe integrata) formalmente riunita.

Unità di valutazione multidimensionale

Funzioni:

- a) Effettuare la valutazione multidimensionale e multidisciplinare che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.
- b) Elaborare il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA.
- c) Individuare l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni.
- d) Monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

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

- L'infermiere di comunità.
- L'assistente sociale dell'Ambito Territoriale Sociale.

E' intenzione dell'Asst implementare la composizione minima con la figura del medico di distretto e dello psicolog.

Nei casi complessi la composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medico di distretto, medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, educatore 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 dall'Ambito Territoriale Sociale. Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'equipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie. La responsabilità del suddetto processo è ricondotta, ai responsabili del Distretto e dell'Ambito sociale competenti per il territorio e aventi responsabilità di gestione delle risorse professionali ed economiche per il funzionamento dei servizi integrati.

Piano Assistenziale Individuale

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo di presa in carico. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato, è predisposto dall'UVM distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale.

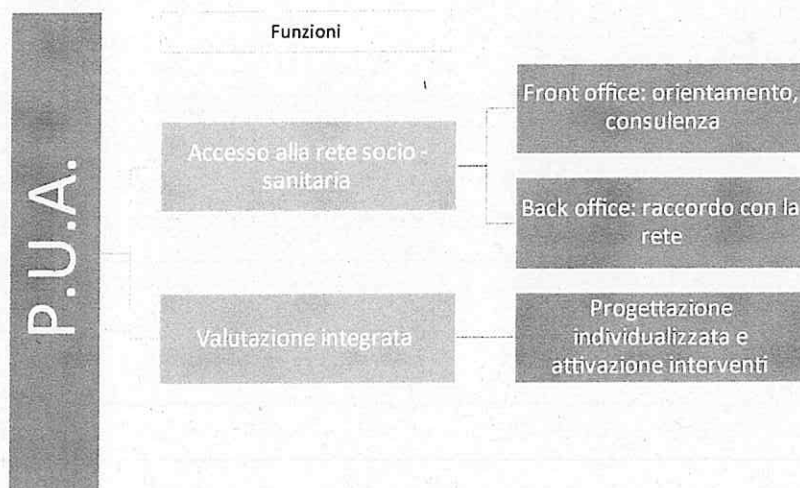
La progettazione individuale, condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale compartecipazione dell'utente,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

Va valutato il "paniere" dei servizi e delle misure che l'equipe integrata può gestire/attivare:

tabella a titolo esemplificativo

	Sociale	Socio-sanitario
Servizi domiciliari	SAD	ADI
Servizi diurni	Accesso alla rete	Accesso alla rete
Servizi residenziali	Accesso alla rete	Accesso alla rete
Misure e sperimentazioni	Misura B2 Misura supporto care giver Dopo di noi	Misura B1 Misura supporto care giver Residenzialità assistita Case management
Attività Volontariato e Associazionismo	Servizi a supporto della persona e della domiciliarità	
Processi e sperimentazioni	Dimissioni protette	
Protesica		
Protezione giuridica		
.....		

In sintesi



7. Strumenti a supporto

- a) Sede
- b) Dotazione informatica
- c) Integrazione informatica cartelle

8. Risorse umane

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione ed il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle ASST e dai comuni associati nell'ambito territoriale ottimale.

L'impegno degli ambiti può prevedere la messa a disposizione di risorse umane secondo un modello incrementale basato su un livello base, intermedio e complesso che vuole rispecchiare da un lato la scelta strategica specifica di ciascun territorio dall'altro il quantum si andrà a gestire in modo integrato.

Ad oggi la definizione di possibili standard di funzionamento è strettamente connessa al riparto del FNPS e FNA collegati agli obiettivi di servizio definiti dal PNNA.

