Allegato A.**Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.**

Percorso Assistenziale Integrato		
Macrofasi	Contenuto	Attività
A. Accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	<ul style="list-style-type: none">- Orientamento al complesso dei servizi territoriali- Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)
B. Prima Valutazione	Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none">- Anagrafica completa della persona- Valutazione preliminare <p>--> Bisogno semplice: Invio strutture competenti</p> <p>--> Bisogno complesso: Invio Unità di valutazione multidimensionale</p>
C. Valutazione Multidimensionale	Valutazione multidimensionale dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none">- Equipe multidisciplinare- Valutazione multidimensionale- Attivazione servizi e prestazioni –socio-sanitarie- Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Piano assistenziale e di sostegno condiviso	<ul style="list-style-type: none">- Definizione degli obiettivi di salute- Definizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute- Definizione delle risorse interne al nucleo familiare- Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare- Attivazione delle prestazioni previste dal PAI

E. Monitoraggio e Valutazione Piano assistenziale individualizzato (PAI)	<ul style="list-style-type: none"> - Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI - Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato - Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti
--	--	---

Punto Unico di accesso

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi 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:

- 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 i Distretti sanitari e dalle 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. Presso ciascun PUA *deve* essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- ✓ Servizio sociale professionale dell'ATS e altre eventuali professionalità sociali
- ✓ 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.

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con tutti i presidi presenti nell'ambito territoriale siano essi sanitari che sociali.

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). 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 tre 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 dalle unità di valutazione multidimensionale distrettuali formalmente riunite.

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, ad opera dei referenti sociale e sanitario 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:

UMVD

- un dirigente sanitario o specialista convenzionato individuato dal Direttore del Distretto qualora questi abbia delegato le funzioni di presidenza;
- un componente amministrativo individuato dal direttore del distretto che funge da responsabile del procedimento;
- un'assistente sociale ASL (laddove presente);
- un'assistente sociale dell'Ente Gestore;
- un educatore professionale ASL /EG.

In caso di valutazioni riguardanti soggetti in età evolutiva, oltre ai componenti succitati, deve essere garantita la presenza del responsabile della S.C. Neuropsichiatria infantile o suo delegato, e della S.C. Psicologia o suo delegato.

La Commissione è presieduta congiuntamente dal Direttore di distretto ASL TO3 e dal Direttore dell'Ente Gestore territorialmente competente (definiti Co- presidenti) o da loro delegati.

UVG:

- medico geriatra, oppure un medico di distretto con esperienza nell'organizzazione dei servizi territoriali e con comprovata esperienza geriatrica, con funzione di presidenza;
- assistente sociale, rappresentante dell'Ente Gestore delle funzioni socio assistenziali;
- CPSE/CPSI con particolare esperienza in ambito territoriale;
- referente amministrativo, con ruolo di segretario.

La composizione può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta 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/ educatore coinvolto nell'equipe integrata multidisciplinare è individuato dall'ATS. Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'equipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Distretto sanitario.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie.

Piano Assistenziale Individuale.

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/ l'educatore designato dall'ambito territoriale sociale.

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.

Allegato B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.

Collocazione dei PUA.

Gli Ambiti Territoriali Sociali e le aziende sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un punto unico di accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA). Le funzioni del PUA, **si collocano nel distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali.** Presso la Casa della Comunità, che si configurano come nodi strategici, di maggiore prossimità e riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste, è prevista tra le funzioni di base la presenza del Punto Unico di Accesso. Qualora in un distretto non sia ancora operativa una Casa della Comunità, il PUA potrà essere ubicato presso altra sede territoriale del distretto sanitario o sociosanitario. Laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, sarà possibile definire più sedi PUA all'interno dello stesso distretto sociosanitario al fine di realizzare una maggiore prossimità. 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 aziende sanitarie locali e dagli Ambiti Territoriali Sociali.

Equipe integrata di ambito.

L'Ambito territoriale sociale e il Distretto Sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato.

A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definisce il Piano di Assistenza Individuale (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo.

Allo stato attuale la situazione nei diversi Ambiti / Distretti è la seguente:

Ambito Territoriale Sociale CISSA Pianezza - Distretto sanitario Area Metropolitana Nord

Organizzazione e Dotazione		Personale EE.GG.			Personale ASL		
Macrofasi	Riferimenti Organizzativi	Professionale	Amministr.vo	Contabile	Professionale	Amministr.vo	Contabile
A. Accesso	<ul style="list-style-type: none"> • Punto Unico di Accesso • Casa della Comunità • Presidi Territoriali 	X	X		X	X	
B. Prima valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Integrata • Centrale Operativa Territoriale 	X	X		X	X	
C. Valutazione Multidimensionale	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe integrata • U.V.G. • U.M.V.D. minori e adulti 	X			X		
D. P.A.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe integrata • Servizi ATS • Servizi Distretto 	X			X		
E. Monitoraggio e Valutazione P.A.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi informativi dei singoli EE.GG. 	X			X		

Ambito Territoriale Sociale Consorzio Ovest Solidale di Rivoli - Distretto sanitario Area Metropolitana Centro

Organizzazione e Dotazione		Personale EE.GG.			Personale ASL		
Macrofasi	Riferimenti Organizzativi	Professionale	Amministr.vo	Contabile	Professionale	Amministr.vo	Contabile
A. Accesso	<ul style="list-style-type: none"> • Punto Unico di Accesso • Casa della Comunità • Presidi Territoriali 	X			X	X	
B. Prima valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Integrata • Centrale Operativa Territoriale 	X			X		
C. Valutazione Multidimensionale	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe integrata • U.V.G. • U.M.V.D. minori e adulti 	X			X	X	
D. P.A.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe integrata • Servizi ATS • Servizi Distretto 	X	X		X		
E. Monitoraggio e Valutazione P.A.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi informativi dei singoli EE.GG. 	X			X		

Ambito Territoriale Sociale CIDIS Orbassano - Distretto sanitario Area Metropolitana Sud

Organizzazione e Dotazione		Personale EE.GG.			Personale ASL		
Macrofasi	Riferimenti Organizzativi	Professionale	Amministrativo	Contabile	Professionale	Amministrativo	Contabile
A. Accesso	<ul style="list-style-type: none"> • Punto Unico di Accesso • Casa della Comunità • Presidi Territoriali 		X		X		
B. Prima valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Integrata • Centrale Operativa Territoriale 	X			X		
C. Valutazione Multidimensionale	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe integrata • U.V.G. • U.M.V.D. minori e adulti 	X			X		
D. P.A.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe integrata • Servizi ATS • Servizi Distretto 	X			X		
E. Monitoraggio e Valutazione P.A.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi informativi dei singoli EE.GG. 	X			X		

Ambito Territoriale Sociale Conisa Valle Susa | Val Sangone - Distretto sanitario Val Susa e Val Sangone

Organizzazione e Dotazione		Personale EE.GG.			Personale ASL		
Macrofasi	Riferimenti Organizzativi	Professionale	Amministr.vo	Contabile	Professionale	Amministr.vo	Contabile
A. Accesso	<ul style="list-style-type: none"> • Punto Unico di Accesso • Casa della Comunità • Presidi Territoriali 	X			X	X non in presenza	
B. Prima valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Integrata • Centrale Operativa Territoriale 	X			X	X	
C. Valutazione Multidimensionale	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe integrata • U.V.G. • U.M.V.D. minori e adulti 	X	X		X	X	
D. P.A.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe integrata • Servizi ATS • Servizi Distretto 	X	X		X		
E. Monitoraggio e Valutazione P.A.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi informativi dei singoli EE.GG. 	X	X		X	X	

Ambito Territoriale Sociale CISS Pinerolo e Unione Val Chisone e Germanasca - Distretto sanitario del Pinerolese

Organizzazione e Dotazione		Personale EE.GG.			Personale ASL		
Macrofasi	Riferimenti Organizzativi	Professionale	Amministr.vo	Contabile	Professionale	Amministr.vo	Contabile
A. Accesso	<ul style="list-style-type: none"> • Punto Unico di Accesso • Casa della Comunità • Presidi Territoriali 	X			X	X	
B. Prima valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Integrata • Centrale Operativa Territoriale 	X			X		
C. Valutazione Multidimensionale	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe integrata • U.V.G. • U.M.V.D. minori e adulti 	X			X	X	
D. P.A.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe integrata • Servizi ATS • Servizi Distretto 	X			X		
E. Monitoraggio e Valutazione P.A.I.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemi informativi dei singoli EE.GG. 	X			X		

In riferimento alle tabelle del presente Allegato B, per garantire la funzionalità delle Equipe integrate lungo tutte le macrofasi del processo assistenziale integrato, le parti si impegnano ad assicurare il seguente apporto di risorse professionali e amministrative in presenza:

Ambito Territoriale Sociale

- Unità Professionali: Assistenti Sociali e/o Educatori Professionali che svolgeranno l'attività in parte presso la sede del Punto Unico di Accesso e in parte nelle sedi dell'ATS
- Unità amministrative

Distretto Sanitario

- Unità Professionali: Medici, Infermieri, Assistenti Sociali ed Educatori Professionali
- Unità Amministrative

Ufficio sociosanitario integrato.

L'Ufficio sociosanitario integrato di ambito è coordinato dal Responsabile dell'ATS e dal Direttore del Distretto, coinvolge tutte le Responsabilità Organizzative necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale unitario; cura altresì tutti i rapporti necessari con gli organismi distrettuali e aziendali, con gli organismi comunali e con tutti gli altri soggetti coinvolti nella costruzione del sistema dei servizi e delle risposte ai bisogni di salute complessi.

Funzioni:

- a) Rilevazione del fabbisogno sociosanitario per l'elaborazione della programmazione e del monitoraggio dei servizi sociosanitari, rispettivamente definiti all'interno del Piano Attuativo Territoriale (PAT) così come nel Piano Programma redatto dagli ATS.
- b) Gestione e monitoraggio delle risorse per la gestione integrata dei servizi sociosanitari.
- c) Responsabilità dei Servizi per l'accesso integrato (sociosanitario) - PUA.
- d) Attivazione di équipe multidisciplinari per le situazioni sociosanitarie complesse o socio-educative-sanitarie complesse.
- e) Supervisione dell'andamento dei processi assistenziali integrati di ambito.

Allegato C.

Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarietà

	Sistema sociale LEPS	Sistema sanitario LEA
CURE DOMICILIARI	<p>Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 Dimissioni protette Dimissioni protette persone che non dispongono di un'abitazione</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22 L'Azienda Sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio</p>
	<p>L.234/21 art. 1 - comma 162 Assistenza domiciliare sociale quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura alla persona e di sostegno psico-socio-educativo</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari di livello base costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle Regioni e dalle Province Autonome, sono caratterizzate da un "Coefficiente di intensità assistenziale" (CIA (1) inferiore a 0,14;</p>
	<p>L.234/21 art. \1 comma 162 Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di IJ\ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico - infermieristico assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso.</p>

		<p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di II livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico -infermieristico assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso;</p>
		<p>DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di III livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.</p>