

- a) *assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;*
- b) *servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali;*
- c) *servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti. (art. 1, comma 162, legge n. 234/2021).*

a) **a.1 l'assistenza domiciliare sociale** quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo.

**a.3 soluzioni abitative**, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane e tra generazioni;

**a. adattamenti dell'abitazione** alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

**servizi sociali di sollievo**

**il pronto intervento per le emergenze temporanee**, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;

**b.un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti** familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;

**l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie** valorizzando la collaborazione dei membri dell'Ente sulla base delle esperienze e delle risorse basate sul volontariato e i diversamente abili attivi.

**c) servizi sociali di supporto**, quali:

**c.1 la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari** (caregiver), volontari, risorse dei disabili attivi.

**l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.**

“Cure palliative domiciliari”



1.

Strategia di intervento 2 - Livelli essenziali di processo

Le azioni possono essere sviluppate mediante l'istituzione di appositi gruppi tecnici di lavoro interistituzionali.

## Assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari

### **Contenuti**

Servizi caratterizzati dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria.

La linea 1.1. della strategia di intervento comprende anche azioni orientate verso:

- nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane,
- Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane.

▪

### **Destinatari**

- Persone anziane non autosufficienti
- Persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione
- Persone con disabilità grave e gravissima

### **Caregiver**

|

**Modalità**

valorizzando ed integrando con tali interventi anche il più ampio progetto individuale di vita, se esistente o in corso di redazione.

servizi erogati in forma diretta.

## Linea 1.2. Servizi sociali di sollievo

**Contenuti****Destinatari**

- Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie
- Persone con disabilità e loro famiglie

## Linea 1.3. Servizi sociali di supporto

**Contenuti**

-



### **Destinatari**

- Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie
- Persone con disabilità e loro famiglie

### **Assistenza domiciliare sociale**

- Supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana.
- Prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo.
- Anche integrazione di interventi di natura sociosanitaria.

- Soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR.
- Nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane.
- Rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane.

- Adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio.
- Servizi di telesoccorso e teleassistenza.

| <b>Destinatari</b>  |
|---|
| Persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale<br>Persone anziane con ridotta autonomia<br><br>o a rischio di emarginazione e quindi con basso bisogno assistenziale<br>Persone con disabilità gravissima e grave (obiettivo di servizio) |

- Accesso unitario
- Prima valutazione
- Valutazione Multidimensionale
- Piano Assistenziale Individualizzato
- Monitoraggio

|                                    |   |   |   |
|------------------------------------|---|---|---|
| <b>Servizi sociali di sollievo</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato.</li> <li>- Centri diurni e semiresidenziali</li> </ul>                                     | <p>Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie.</p> <p>Persone con disabilità e loro famiglie (obiettivi di servizio)</p> |   |
|                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità.</li> </ul>   |   |   |
|                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore.</li> </ul> |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Strumenti di programmazione e progettazione partecipata, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali.</li> </ul> |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | <p><b>Servizi sociali di supporto</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio.</li> </ul> | <p>Persone anziane non autosufficienti e loro famiglie.</p> <p>Persone con disabilità e loro famiglie (obiettivi di servizio)</p> |
|  |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.</li> </ul>   |   |

## 3.2.

### Linea 2.1. 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.

**Accesso.** Funzione che costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso. Il sistema unitario di accesso è dotato di una funzione di back-office di ambito, che cura e garantisce il costante coordinamento tra la presa in carico della persona e le successive macrofasi del percorso assistenziale integrato.

**Prima valutazione.** Funzione che costituisce la fase di valutazione preliminare dei bisogni espressi dalla persona e/o dal nucleo familiare, in cui sono garantite le attività che completano il quadro informativo necessario per la presa in carico e le attività di rilevazione dell'eventuale complessità dei bisogni emersi. In caso di bisogno semplice di natura sanitaria o sociale, è previsto l'invio verso le competenti strutture organizzative anche di tipo specialistico. In caso di bisogno complesso con aspetti di integrazione, è prevista l'attivazione delle competenti unità di valutazione multidimensionale. Le attività di valutazione preliminare costituiscono lo snodo essenziale che permette il coordinamento operativo.

**Valutazione multidimensionale.** Funzione che costituisce la fase di valutazione della capacità bio-psico-sociale della persona nei casi complessi e delle condizioni e delle effettive capacità e competenze del nucleo familiare, anche allo scopo di definire l'onerosità della risposta assistenziale che può variare in rapporto alla medesima complessità clinica. Al termine della valutazione multidimensionale è prevista l'attivazione dell'équipe integrata che provvede all'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato. Il coordinamento permette di garantire l'apporto delle professionalità più adeguate rispetto alle diverse complessità dei bisogni e dei contesti di vita.

**Piano assistenziale individualizzato.** Funzione che costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, che ricomprende tutte gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare. L'équipe integrata definisce gli obiettivi di salute dei servizi e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita. L'équipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste.

**Monitoraggio degli esiti di salute e di assistenza sociale.** Funzione che costituisce la fase conoscitiva dell'andamento e dei risultati di salute e di assistenza raggiunti. A questo scopo, è attuata la rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato, e la comparazione tra obiettivi di cura e di assistenza sociale definiti e risultati raggiunti. L'interoperabilità tra i sistemi informativi sanitari e sociali è decisiva per questa macrofase del processo assistenziale.

## Organizzazione del percorso assistenziale

Il percorso assistenziale integrato è organizzato in cooperazione 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 che hanno la sede operativa presso le articolazioni del gruppo e negli altri presidi ritenuti pertinenti.
- operano équipe integrate che assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale della capacità bio-psico-sociale dell'individuo.
- Sulla base della valutazione l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno.
- La programmazione degli interventi e la presa in carico si svolgono via telematica.

**Obiettivi** di sviluppo: Costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito sociale e nell'ambito sanitario. Protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.

Strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito sociale e sanitario.  
Accordo di funzionamento dell'Équipe Integrata.

Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi  
Protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune.

A) reclutamento di operatori delle professionalità sociali, che saranno dedicati alla tenuta del sistema dei servizi per la non autosufficienza e la disabilità.

B)

- Definizione di obiettivi di convergenza per gli strumenti già attivi di valutazione multidimensionali della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, con particolare rilievo per la definizione della onerosità assistenziale in riferimento alle diverse caratteristiche degli ambiti familiari, amicali e comunitari.
- 
- Definizione delle azioni positive verso la progressiva costruzione dei Budget di cura intesi come confluenza delle risorse di natura aziendale, comunale, individuale, familiare, e comunitaria in riferimento al rapporto tra progetto di vita e piano assistenziale individuale.

## Platea dei destinatari

### 4.1. Persone con non autosufficienze

Il presente Piano declina il campo dell'intervento sociale nell'ambito delle condizioni culturali, socioeconomiche, simboliche e relazionali che organizzano le condizioni di non autosufficienza e disabilità nelle relazioni di convivenza fra la persona ed i propri contesti di riferimento – abitativi, comunitari, relazionali, costituendo fattori di rischio o vulnerabilità per la piena espressione dei diritti umani, sociali, culturali ed economici volti ad assicurare una vita “dignitosa” e la piena partecipazione alla vita sociale, economica e politica ,

In virtù di tale presupposto, il Piano individua nei propri destinatari le persone che, in virtù di specifiche condizioni di salute bio-psico-fisica, sociale e relazionale che rendono problematico il rapporto con i propri contesti di riferimento, richiedano interventi di supporto volti ad incrementare una propria competenza a riconoscere ed individuare risorse – informative, economiche, relazionali, abitative, etc., e criteri per lo sviluppo della propria salute, qualità di vita e di convivenza, anche in presenza di fabbisogni complessi di tipo sanitario, in virtù della presenza di specifiche patologie, condizioni invalidanti stabili o croniche che le espongano – a qualunque età ed in particolar modo in età avanzata - a rischio di marginalizzazione, o deterioramento della propria condizione di vita e convivenza.

- Persone anziane<sup>15</sup> non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima
- Persone anziane<sup>16</sup> non autosufficienti con basso bisogno assistenziale e/o persone con disabilità grave, a

elaborazione di strumenti volti a definire criteri di intervento congrui con le specifiche problematiche di autonomia espresse dalla persona in relazione alla sua rete di relazioni (caregiver, famiglia, vicinato, relazioni comunitarie, etc.) nelle attività della vita quotidiana,

## 4.2. Persone con disabilità

Le persone con disabilità rappresentano una categoria trasversale a tutte le misure assistenziali individuate o agli interi processi assistenziali che dovranno essere sviluppati e perseguiti in modo integrato.

(Progetti per il dopo di noi) e al Fondo nazionale per la non autosufficienza (Progetti di vita indipendente).

Nel presente Piano, in ultimo, si richiama l'attenzione alla elaborazione di un progetto di vita personalizzato e partecipato, sulla base di un approccio multidisciplinare e con la partecipazione della persona con disabilità e/o di chi la rappresenta. Tale progetto, dovrà essere in grado di individuare i sostegni e gli accomodamenti ragionevoli che garantiscano l'effettivo godimento dei diritti e delle libertà fondamentali, tra cui la possibilità di scegliere, in assenza di discriminazioni, il proprio luogo di residenza e un'adeguata soluzione abitativa, anche promuovendo il diritto alla domiciliarità delle cure e dei sostegni socio-assistenziali.



## Capitolo 5.

### Vita Indipendente

gli interventi devono essere dedicati, di norma, a persone con disabilità maggiorenni, la cui disabilità non sia determinata da naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità. Tuttavia, limitatamente ai progetti di continuità, che prevedono la proroga o l'estensione di programmi già avviati, sarà possibile confermare i servizi alle persone con disabilità per le quali intervengano patologie legate all'invecchiamento. Nella selezione dei beneficiari viene data preferenza alle persone con disabilità in condizione di maggiore bisogno in esito ad una valutazione multidimensionale, che tenga conto almeno delle limitazioni dell'autonomia, della condizione familiare, abitativa ed ambientale, nonché delle condizioni economiche della persona con disabilità. Un fondamentale criterio da tenere in considerazione, inoltre, riguarda le scelte che favoriscano i percorsi di deistituzionalizzazione, di non istituzionalizzazione e il contrasto ad ogni forma di segregazione o di isolamento delle persone con disabilità. I progetti devono considerare tutte le tipologie di limitazioni corporee e funzionali, il rischio di discriminazione plurima e la prospettiva di genere. I percorsi promuovono quindi il mantenimento dell'abitare a domicilio anche della persona con disabilità priva di nucleo familiare, promuovendo percorsi di mantenimento dell'autonomia.

Le aree di intervento definite nelle linee guida su indicate, si sintetizzano in:

- **Assistente personale.** La figura dell'assistente personale assume un ruolo centrale nell'organizzazione di un progetto di vita indipendente. È fondamentale promuovere la libera scelta dell'assistente, fatte salve le eventuali indicazioni rappresentate dalle équipes multiprofessionali e riportate nel progetto personalizzato.
- **Forme dell'abitare in autonomia: housing e cohousing.** Il progetto è aperto alle molteplici forme, anche sperimentali e innovative, dell'abitare sociale.
- **Inclusione sociale e relazionale.** I servizi potranno essere legati al godimento del tempo libero, alla più ampia partecipazione alle plurime dimensioni della vita quotidiana, al rafforzamento dei legami e delle relazioni sociali, al supporto dell'inclusione lavorativa o all'apprendimento.
- **Domotica.** Utilizzo di nuove tecnologie (quali ad esempio, le tecnologie domotiche, le tecnologie per la connettività sociale, etc.), che riguardano la sicurezza degli utenti e l'autonomia nell'ambiente domestico (AAL) e contribuiscono a contrastare ogni forma di segregazione.
- **Azioni di sistema.** Nell'elaborazione e formulazione dei progetti devono essere previste forme di coinvolgimento attivo del mondo associativo e della comunità di riferimento. Devono, inoltre, essere attuate azioni tese a sviluppare strategie che consentano di garantire il più a lungo possibile la condizione indipendente.

Alle persone anziane non autosufficienti nonché alle persone con gravissima disabilità, sono garantiti servizi socio-assistenziali volti a promuovere benessere e qualità di vita, favorendone la permanenza nel proprio domicilio e il contatto con il proprio contesto sociale e territoriale; ciò, mediante interventi di servizio domiciliare e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, forme di coabitazione sociale, adattamenti del domicilio, domotica; servizi di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e per le loro famiglie, l'avvio di un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità, collaborazione con le risorse di prossimità, volontariato e solidarietà intergenerazionale; garanzia di servizi sociali di supporto che favoriscano l'incontro tra domanda e offerta di lavoro con il fattivo concorso dei centri per l'impiego sul territorio nonché una assistenza per la soluzione di esigenze amministrative e legali.

La logica di intervento sottesa alle disposizioni è quella della integrazione tra diversi ambiti e strumenti di intervento, mirando ad un potenziamento complessivo dell'offerta di servizi da ottenere sia organizzando servizi specifici con personale qualificato, sia valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore, mantenendo comunque la centralità della persona richiedente e con il coinvolgimento della famiglia, coinvolta e supportata.

## Art. 2 - Oggetto

Per l'ambito territoriale ....., il presente Accordo di Programma definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessari per l'attuazione del **Livello**

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

### Percorso assistenziale integrato

| Percorso Assistenziale Integrato                                      |  |   |
|---|--|---|
| Macrofasi   | Contenuto  | Attività  |
| A. Accesso  | Orientamento e accesso al percorso assistenziale   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientamento al complesso dei servizi territoriali</li> <li>- Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)</li> </ul>   |
| B. Prima Valutazione  | Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anagrafica completa della persona</li> <li>- Valutazione preliminare</li> <li>--&gt; Bisogno semplice:</li> <li>- Invio strutture competenti</li> <li>--&gt; Bisogno complesso:</li> <li>- Invio unità di valutazione multidimensionale</li> </ul>   |
| C. Valutazione Multidimensionale)                                     | Valutazione multidimensione dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe multidisciplinare</li> <li>- Valutazione multidimensionale</li> <li>- Attivazione servizi e prestazioni sociali, sociosanitari e sanitari</li> <li>- Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse</li> </ul>  |
| D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno) | Piano assistenziale e di sostegno condiviso  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione degli obiettivi di salute</li> <li>- Defiinizioni dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute</li> <li>- Definizione delle risorse interne al nucleo familiare</li> <li>- Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare</li> <li>- Attivazione delle prestazioni previste dal PAI</li> </ul> |
| E. Monitoraggio e Valutazione PAP                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI</li> <li>- Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato</li> <li>- Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti</li> </ul>   |

## Percorso Assistenziale Integrato

| Percorso Assistenziale Integrato                                      |  |  |
|---|--|--|
| Macrofasi   | Contenuto  | Attività   |
| A. Accesso  | Orientamento e accesso al percorso assistenziale   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientamento al complesso dei servizi territoriali</li> <li>- Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)</li> </ul>  |
| B. Prima Valutazione  | Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anagrafica completa della persona</li> <li>- Valutazione preliminare</li> <li>--&gt; Bisogno semplice:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invio strutture competenti</li> </ul> </li> <li>--&gt; Bisogno complesso:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Invio unità di valutazione multidimensionale</li> </ul> </li> </ul>                                    |
| C. Valutazione Multidimensionale)                                     | Valutazione multidimensionale dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe multidisciplinare</li> <li>- Valutazione multidimensionale</li> <li>- Attivazione servizi e prestazioni sociali, sociosanitari e sanitari</li> <li>- Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse</li> </ul>   |
| D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno) | Piano assistenziale e di sostegno condiviso  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definizione degli obiettivi di salute</li> <li>- Definizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute</li> <li>- Definizione delle risorse interne al nucleo familiare</li> <li>- Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare</li> <li>- Attivazione delle prestazioni previste dal PAI</li> </ul> |
| E. Monitoraggio e Valutazione PAP                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI</li> <li>- Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato</li> <li>- Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti</li> </ul>  |

### Punto Unico di accesso

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:

- 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. 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.

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 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/UVMDD 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:

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

La composizione minima 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 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.

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, all'Ufficio Sociosanitario Integrato composto dai Dirigenti di area sociale e sanitaria 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 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. 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.

**assistenza domiciliare sociale** quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo

**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;

Dimissioni protette

Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione

**DPCM 12/01/2017 art. 22**

**Cure domiciliari integrate (ADI) di I<sup>a</sup> 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

## **La descrizione degli interventi e dei servizi programmati**

a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari,

quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;

b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali; frequenza centri diurni e semiresidenziali.

c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.



**4 La programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei LEPS di erogazione di cui al comma 162 e al comma 164**

| PNA 2022-2024<br>Matrice di Programmazione |   |  | Persone Non Autosufficienti   |                                   | Persone con<br>Disabilità   |            |       |
|--|---|--|-------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|------------|-------|
|  |   |  | Alto bisogno<br>assistenziale | Basso<br>bisogno<br>assistenziale | Obiettivi<br>di<br>servizio | Gravissime | Gravi |
|  |   |  |                               |                                   |                             |            |       |
| LEPS<br>di<br>Erogazione                   | Assistenza domiciliare sociale.<br>Assistenza sociale integrata con i<br>servizi sanitari | L. 234/2021<br>Comma 162<br>Lettera a) |                               |                                   |                             |            |       |
|  | Servizi sociali di sollievo   | L. 234/2021<br>Comma 162<br>Lettera b) |                               |                                   |                             |            |       |
|  | Servizi sociali di supporto   | L. 234/2021<br>Comma 162<br>Lettera c) |                               |                                   |                             |            |       |
|  | Contributi di cui al comma 164 e  |  |                               |                                   |                             |            |       |



|                       |  |                          |                       |                             |  |  |
|-----------------------|--|--------------------------|-----------------------|-----------------------------|--|--|
|                       | sostegno ai soggetti di cui all'art.1, co.255 della legge 205/2017 | L. 234/2021<br>Comma 164 |                       |                             |  |  |
| LEPS<br>di Processo   | Percorso Assistenziale Integrato                                   | L. 234/2021<br>Comma 163 | Accesso               | Obiettivi<br>di<br>servizio |  |  |
|                       |  |                          | Prima Valutazione     |                             |  |  |
|                       |  |                          | Valutazione Complessa |                             |  |  |
|                       |  |                          | PAI                   |                             |  |  |
|                       |  |                          | Monitoraggio          |                             |  |  |
| Azioni di<br>Supporto | Capacitazione ATS  | L. 234/2021<br>Comma 166 |                       |                             |  |  |
|                       | Attività di formazione   | L. 234/2021<br>Comma 166 |                       |                             |  |  |

Totale

Le regioni utilizzano le risorse secondo quanto previsto dall'art.1.co.168, della legge 234/21 al fine di garantire anche interventi a favore di persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima.

### 5 Il monitoraggio degli interventi

Descrivere il sistema di monitoraggio dei flussi finanziari, dei trasferimenti effettuati, del numero dei beneficiari e delle diverse tipologie d'intervento.

### 6 Le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente"

Indicare le risorse destinate ai progetti di vita indipendente, inclusive del cofinanziamento, e gli ambiti selezionati per l'implementazione degli interventi nel triennio. Assicurarsi che il cofinanziamento sia almeno pari al 20% dell'intero progetto. Ripetere la tabella per ciascuna annualità in caso di scelte diverse nel corso del triennio.

### Risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente

| <i>Risorse FNA</i> | <i>Co-finanziamento</i> | <i>Totale</i> |
|--------------------|-------------------------|---------------|
|                    |                         |               |

### Indicazione n. Ambiti aderenti

*n.*

### Denominazione Ambiti Territoriali aderenti

|        |
|--------|
| 1.     |
| 2.     |
| 3.     |
| totale |



**Allegato C**  
**MONITORAGGIO DEI FLUSSI FINANZIARI**  
**da inviare per ogni annualità**

**1. Riparto delle risorse**

| Atto che dispone il riparto delle risorse  | Numero e data del provvedimento |
|--|---------------------------------|
| Indicare i criteri e gli indicatori utilizzati per il riparto agli Ambiti territoriali |                                 |
| Denominazione dell'ambito territoriale   | Importo                         |
|  |                                 |
|  |                                 |
|  |                                 |

**2. Estremi del pagamento quietanzato (numero, data) e importi liquidati**

| Denominazione dell'ambito territoriale | Annualità                   |         |
|--|-----------------------------|---------|
|  | Numero e data del pagamento | Importo |
|  |                             |         |
|  |                             |         |

| Note |
|------|
|      |



## Allegato D

### RENDICONTAZIONE SULL'UTILIZZO DELLE RISORSE ANNUALITÀ \_\_\_\_\_

Dal 2021 l'unità di rilevazione è l'ambito territoriale.

#### 1. Risorse erogate per aree prioritarie di intervento

| AREE DI INTERVENTO   | Persone anziane Non Autosufficienti + 65 anni |                             | Persone con Disabilità |       | Totale |
|--|---|-----------------------------|------------------------|-------|--------|
|  | Alto bisogno assistenziale                    | Basso bisogno assistenziale | Gravissime             | Gravi |        |
| <p><b>Art. 1, comma 162 lett.</b><br/>a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria; soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;</p> |   |                             |                        |       |        |
| <p><b>Art. 1, comma 162 lett.</b><br/>b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali; frequenza centri diurni e semiresidenziali.</p>   |   |                             |                        |       |        |



|                                  |
|----------------------------------|
|                                  |
| Assistente personale             |
| Abitare in autonomia             |
| Inclusione sociale e relazionale |
| Trasporto sociale                |
| Domotica                         |
| Azioni di sistema                |
| <b>Totale</b>                    |

