



**ASL Mediocampidano**  
Azienda socio-sanitaria locale

**PV241**  
Organizzazione dei Punti Unici di Accesso,  
delle Valutazioni Multidimensionali e dei  
Progetti Assistenziali Personalizzati

PV 241  
Rev. 0/2022  
Pagina 1 di 11



**ASL Mediocampidano**  
Azienda socio-sanitaria locale

## **PV 241**

**Organizzazione dei Punti Unici di Accesso,  
delle Valutazioni Multidimensionali e dei  
Progetti Assistenziali Personalizzati**

**Redazione**

Direttore Dipartimento di Integrazione Ospedale Territorio

**Verifica e Approvazione**

Direttore Sanitario

**Emissione e revisione**

Prima emissione revisione 0

**Adozione**

Delibera del Direttore Generale

**Distribuzione**

Originale

Controllata

Non controllata



## **Indice**

<i>Premessa e inquadramento</i>	<i>pagina 3</i>
<i>Scopo</i>	<i>pagina 5</i>
<i>Organizzazione del PUA</i>	<i>pagina 6</i>
<i>La valutazione multidimensionale</i>	<i>pagina 7</i>
<i>Predisposizione del Piano Assistenziale Integrato</i>	<i>pagina 7</i>
<i>Matrice delle responsabilità RACI</i>	<i>pagina 8</i>
<i>Processo di Valutazione Multimediale</i>	<i>pagina 8</i>
<i>Gestione del PUA</i>	<i>pagina 9</i>
<i>Predisposizione del Progetto di Salute / Piano Assistenziale Integrato</i>	<i>pagina 10</i>
<i>Lista di distribuzione</i>	<i>pagina 11</i>



## **1. Premessa e inquadramento**

*Il Punto Unico di Accesso (PUA) è individuato, dalle disposizioni regionali vigenti, quale "snodo" dei percorsi sociosanitari e luogo ove si attua la presa in carico globale della persona "fragile" e della sua famiglia; al suo interno si svolgono funzioni di accoglienza e di front-office, di relazione ed ascolto, lettura dei bisogni, orientamento ai servizi e accompagnamento ai servizi sociosanitari della Rete.*

*Il Punto Unico d'Accesso (PUA) è, inoltre, il luogo dove ogni cittadino può rivolgersi per ottenere informazioni relative ai servizi sociali, socio sanitari e sanitari del territorio, alle prestazioni erogate, alle modalità e ai tempi di accesso.*

*Il PUA garantisce, in particolare, la continuità e la tempestività delle cure alle persone con problemi sociosanitari complessi alle quali devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario (Cure domiciliari prestazionali, riabilitazione globale, etc.) o socio-sanitarie (Cure Domiciliari Integrate, residenzialità diurna o a tempo pieno, case protette, progetti "ritornare a casa" etc.). Il PUA è gestito da uno staff di operatori sociali e sanitari che ascoltano e analizzano i bisogni dell'utente e dei familiari, individuano con loro il percorso terapeutico più adatto e li accompagnano in ogni fase.*

*L'integrazione Ospedale e Territorio e tra sfere sanitaria e sociale si compie tramite la Valutazione Multi Dimensionale (VMD) che si compie a livello territoriale e supporta il PUA nella gestione del percorso del paziente attraverso la rete dei servizi. Fino ad oggi tale funzione è stata attribuita ad un organismo specifico definito Unità di Valutazione Territoriale (UVT) con livello di competenza distrettuale.*

*PUA e UVT erano stati istituite dalla Regione Sarda con la Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) numero 7/5 del 21.2.2006 "Istituzione del punto unico di accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione Territoriale." (Allegato n.1).*

*Nella configurazione originaria si prevedevano delle "Unità di Valutazione Territoriali (UVT) costituite in numero sufficiente a garantire la presa in carico rapida degli utenti (..) composte da un medico di assistenza distrettuale, con conoscenza della rete dei servizi, responsabile del percorso assistenziale e della continuità delle cure e da un operatore sociale dell'Azienda Usl o di uno dei Comuni del Distretto di riferimento. Questo nucleo base si avvale, costantemente e regolarmente, del medico di medicina generale (o pediatra di libera scelta) del paziente (la cui valutazione può essere acquisita anche attraverso apposita certificazione), di almeno un medico specialista e di un altro operatore sanitario (terapista della riabilitazione, etc.) con preparazione professionale ed esperienza nelle discipline connesse alla tipologia del paziente da valutare. Alle UVT partecipa, compatibilmente con le attuali disponibilità di specifiche professionalità nei singoli territori, uno psicologo, al fine di garantire una adeguata valutazione dei bisogni psichici ed emotivi della persona e del suo contesto e di favorire il processo di comunicazione fra il paziente e gli operatori."*

*Il Decreto 23 maggio 2022, n. 77. "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.", rivede la funzione di valutazione multiprofessionale superando la nozione di momento a se stante, attribuito ad un organismo strutturato (come oggi la UVT che opera come un collegio medico-infermieristico-sociale che produce un verbale ad uso di altri) e introducendo l'istituto dell'Equipe multi professionale (pagine 17 e 18).*

*L'Equipe multi professionale è preposta all'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute (Piano di Assistenza Individuale PAI), e nella sua dimensione minima è composta dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, dal medico specialista e dall'infermiere.*

*Al crescere della complessità cresce la numerosità dell'equipe che può essere composta come indicato nella tabella.*



*Tabella n.1 Figure professionali che possono far parte della UVT*

<b>MMG e PLS</b>	<i>Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita</i>
<b>Medico di Comunità/ Medici dei Servizi</b>	<i>Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali.</i>
<b>Infermiere</b>	<i>Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.</i>
<b>Specialista</b>	<i>Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno sì che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.</i>
<b>Farmacista</b>	<i>Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).</i>
<b>Psicologo</b>	<i>Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.</i>
<b>Assistente Sociale</b>	<i>Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.</i>
<b>Altre professioni dell'Equipe</b>	<i>Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di case manager nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.</i>

*L'Equipe multi professionale prende in carico il caso, ne valuta le condizioni e predispose il PAI effettuando una Valutazione Multi Dimensionale. L'esito della valutazione è sintetizzato in un verbale che, validato da un dirigente, è reso disponibile alle persone interessate (assistito, parenti, caregiver, amministratore di sostegno, ecc.). I dirigenti abilitati alla validazione sono: il direttore del Dipartimento, il direttore del distretto e i dirigenti medici operanti in ambito distrettuale e di direzione ospedaliera..*

*L'attivazione dell'Equipe avviene ad opera dell'infermiere del PUA di riferimento che è responsabile del caso. L'infermiere è leader dell'equipe, redige il verbale e predispose il PAI facendo sintesi dei contributi dei diversi componenti.*



*Per gli elementi di valenza sociale l'infermiere PUA coinvolge l'Assistente Sociale che predisporrà una scheda dei bisogni di tipo sociale da allegare al verbale e curerà la sinergia con gli Enti e le Strutture competenti dell'assistenza sociale.*

*La Legge 30/12/2021 n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024) all'articolo 1 comma 163, prevede che: "Il Servizio sanitario nazionale e gli 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 (Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA) 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."*

*Gli ATS (Ambiti Territoriali Sociali) sono dei Coordinamenti circoscrizionali che assicurano l'offerta dei LEPS (Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali) sul territorio e in Sardegna corrispondono agli ambiti PLUS ( Piano Unitario Locale dei Servizi alla Persona) attivati con la Legge regionale 23/2005.*

## **2. Scopo**

*Il presente documento ha lo scopo di assicurare la presa in carico del paziente fragile ed offrire ad esso la tipologia di cure più appropriata a soddisfare i propri bisogni assistenziali, con modalità analoghe in tutto l'ambito territoriale della ASL, mediante la riproposizione delle funzioni e delle modalità operative dei PUA, nonché assicurare il percorso delle Cure a Lungo Termine (CLT).*

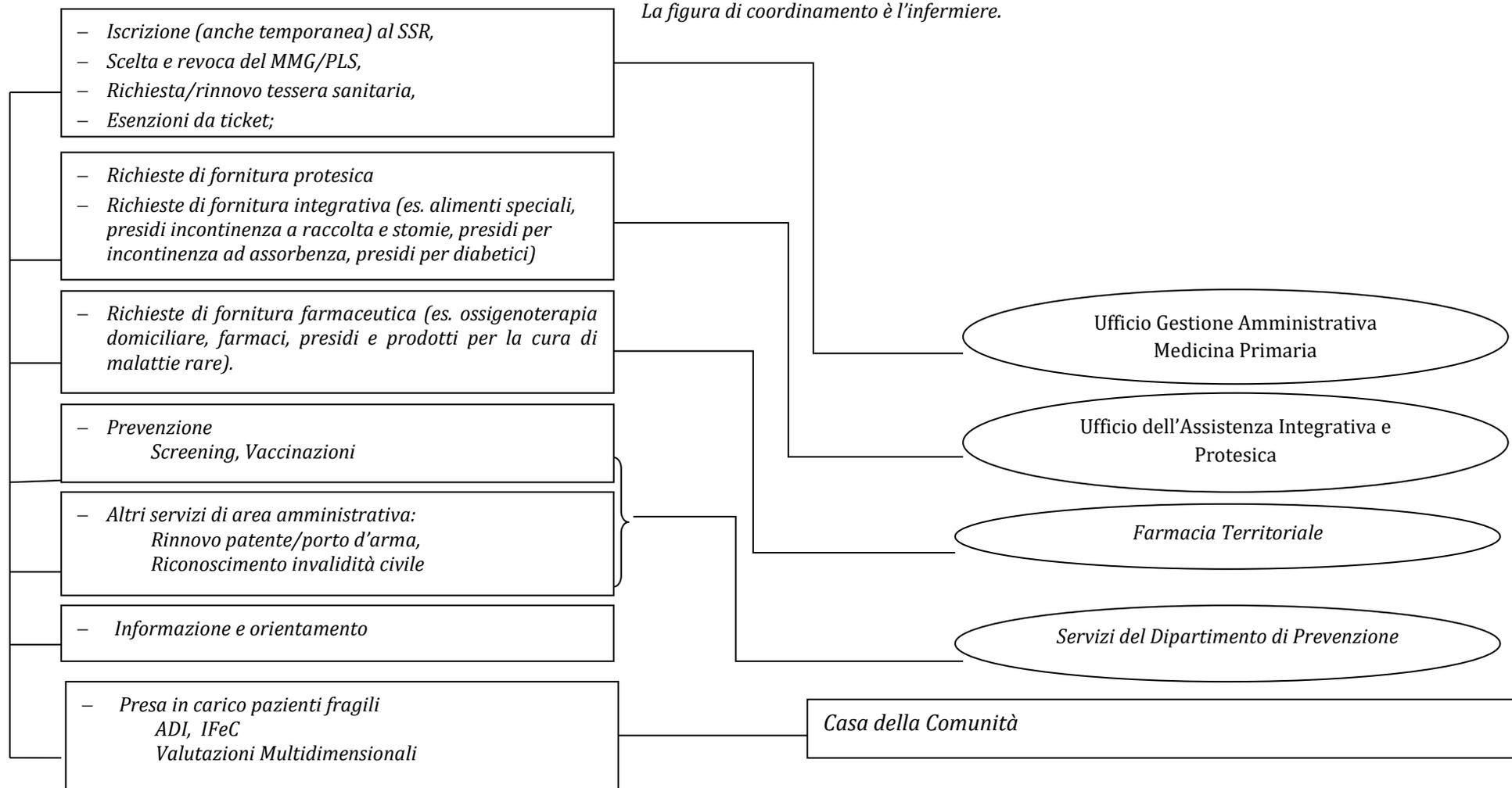
*Le disposizioni trovano applicazione in tutti i casi di bisogno, semplice o sociosanitario complesso, e in particolare per le persone affette da malattie cronico-degenerative in condizioni di non autosufficienza per i quali sia proposta una o più modalità di CLT (Assistenza Domiciliare Integrata, prestazioni di riabilitazione globale, assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale, cure palliative e ad ogni altra prestazione di carattere sociosanitario).*



### 3. Organizzazione del PUA

Il PUA assicura in ciascuna Casa della Comunità l'accesso unitario ai servizi sanitari, "attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti" (DM 77/22) secondo la seguente schematizzazione. Nel PUA operano: infermieri, assistenti sociali e operatori amministrativi.

La figura di coordinamento è l'infermiere.





#### **4. La valutazione multidimensionale**

*La Valutazione Multidimensionale (VMD) è un processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona.*

*Ha l'obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di salute di una persona ed è rivolta a valutare, cioè ad analizzare con accuratezza, le capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni:*

- *biologica e clinica (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.);*
- *psicologica (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc.);*
- *sociale (fattori ambientali, condizioni relazionali di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.);*
- *funzionale (disabilità ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale, ecc.).*

*Si caratterizza per l'approccio multidimensionale, multiprofessionale e multidisciplinare ai bisogni assistenziali complessi.*

*La VMD è il core della continuità assistenziale quando la persona è assistita da più professionisti di strutture operative diverse, previene l'interruzione del processo assistenziale ed è la base di elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato necessario ad erogare servizi partecipati che favoriscono l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie.*

*La proposta di VMD può essere fatta, dal curante, dallo specialista o dallo stesso paziente, al PUA di competenza utilizzando il modulo "Schede di Valutazione Multi Dimensionale approvato dalla Regione Sardegna (Allegato 2 alla D..G.R. n. 33/12 del 30.6.2015) che sarà la base di lavoro dei valutatori, accompagnata da altra documentazione sanitaria ritenuta utile.*

*La valutazione è effettuata dall'Equipe multi professionale preposta all'individuazione dei bisogni socio-assistenziali dell'utente, composta in modo appropriato alle necessità, riunita online o, quando ritenuto necessario, in presenza.*

*La composizione è individuata dall'infermiere che accoglie il caso (riceve l'istanza) nel PUA e ricomprende sempre, oltre l'infermiere che la compone, la convoca e la presiede, il MMG/PLS e il medico specialista. Può inoltre comprendere le figure di cui alla tabella n.1*

*L' Equipe multi professionale composta come sopra, è l'organismo operativo che individua le modalità di inserimento dell'utente nella rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale in forma integrata; legge le esigenze del cittadino con bisogni sanitari e sociali complessi, rileva e classifica le condizioni di bisogno al fine di definire il percorso di trattamento più appropriato.*

#### **5. Il Progetto di Salute**

*Secondo il DM 77/22, "Il Progetto di Salute è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di e-health. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come*



tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo”.

Il progetto articolato come indicato dalla tabella n.3 pag 20 del DM 77/22, è definito dall'Equipe di VMD e trasferito al case manager. In assenza di altre figure esplicitamente individuate (IFeC, operatori sanitari di Strutture di CLD (RSA, Comunità integrata, ADI, ecc.) il case manager è il MMG/PLS.

## 6. Matrice delle responsabilità RACI

Responsabile dell'esecuzione ●

Responsabile del processo ●

Persona che deve essere consultata ●

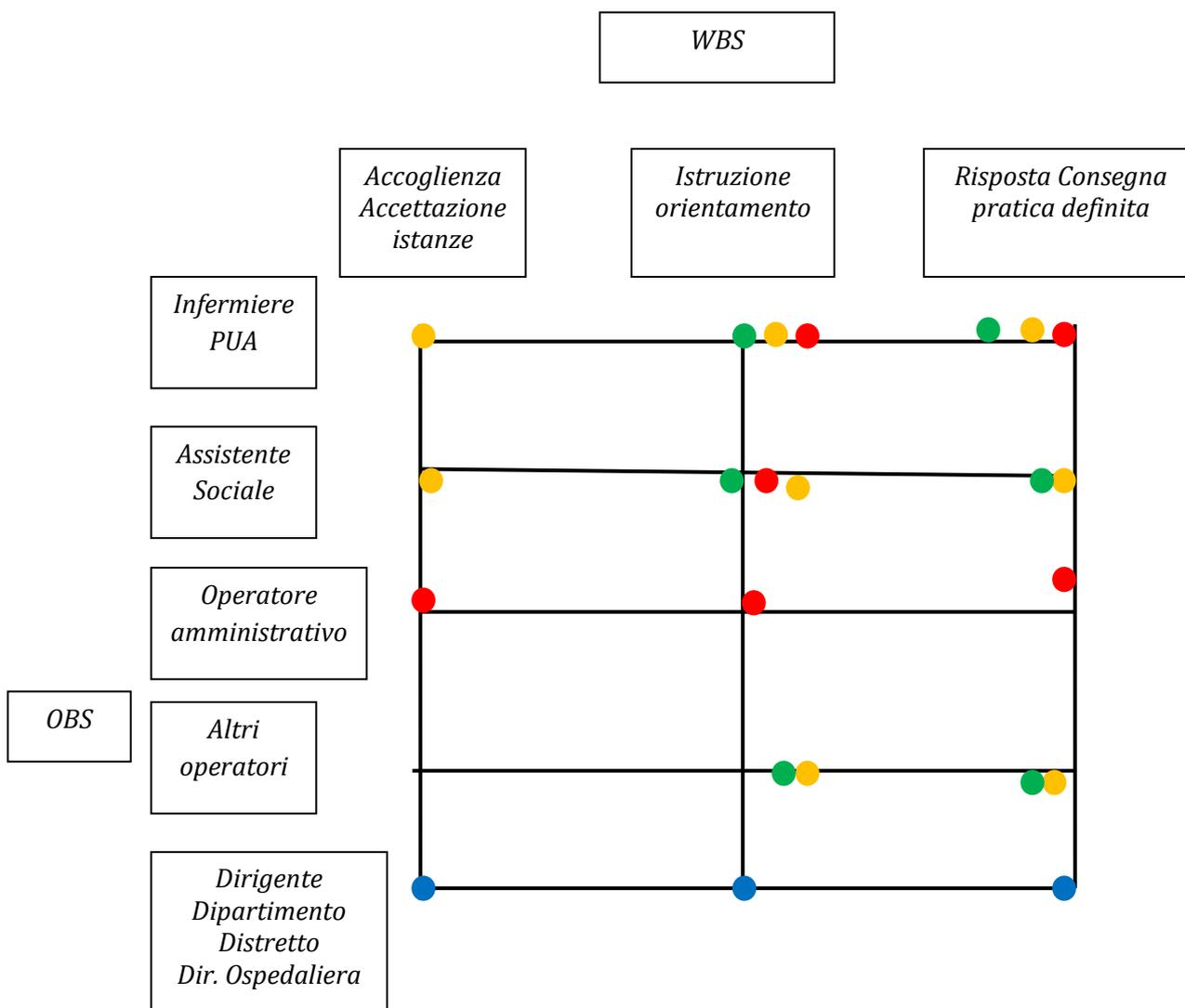
Persona che deve essere informata ●

### A. Processo di Valutazione Multimediale

		WBS				
		Accoglienza Accettazione istanza	Istruzione pratica	Convocazione Equipe di VMD	Riunione Equipe	Redazione Verbale
	Infermiere PUA	●	●	●	●	●
	MMG /PLS		●	●	●	●
	Specialista		●	●	●	●
OBS	Assistente Sociale		●	●	●	●
	Altri operatori		●	●	●	●
	Dirigente Dipartimento Distretto Dir. Ospedaliera	●	●	●	●	●



**B. Gestione del PUA**





**C. Predisposizione del Progetto di Salute / Piano Assistenziale Integrato**

WBS

Elaborazione

Redazione

Gestione operativa

Infermiere  
PUA

Assistente  
Sociale

MMG /PLS

OBS

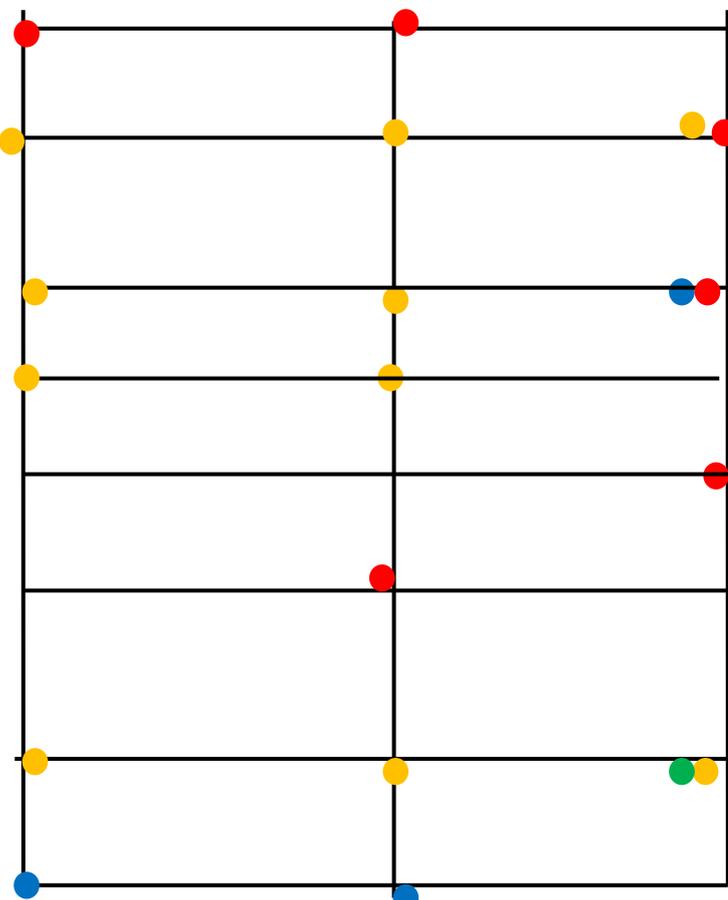
Specialista

IFeC

Operatore  
amministrativo

Altri operatori

Dirigente  
Dipartimento  
Distretto  
Dir. Ospedaliera





## **7. Lista di distribuzione**

*La presente procedura è distribuita ai seguenti operatori della ASL e dei Comuni della Provincia del Mediocampidano e ai Sindaci dei Comuni del Mediocampidano*

- 1. Medici di medicina Generale*
- 2. Pediatri di Libera scelta*
- 3. Dirigenti medici della ASL*
- 4. Infermieri operanti nel territorio*
- 5. Assistenti sociali della ASL*
- 6. Psicologi della ASL*
- 7. Coordinatori infermieristici ospedalieri*
- 8. Sindaci della Provincia del Mediocampidano*
- 9. Dirigenti responsabili degli ambiti PLUS*
- 10. Dirigenti dei Servizi Sociali dei Comuni della Provincia*