

## **Progetto**

# **“Integrazione tra Sociale e Sanitario nelle Case della Comunità in Lombardia”**

**Laboratorio Tematico 4: Cronicità: fattori di rischio, malattie, disabilità, fragilità.**

**Sottogruppo A: Ruolo del Punto Unico di Accesso (PUA) e dell’Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**

## **SPUNTI DI RIFLESSIONE E RACCOMANDAZIONI PER ORIENTARE L’OPERATIVITÀ NEI DISTRETTI E NELLE CASE DELLA COMUNITÀ**

**Redazione a cura di:**

*Simonetta Di Meo e Alessandro Nobili  
a nome dei partecipanti al Laboratorio*

**Milano, 31 Marzo 2026**



**Progetto Collaborativo  
ANCI Lombardia – Istituto di  
Ricerche Farmacologiche Mario  
Negri IRCCS, Milano**



## INDICE

1. PREMESSE.....	4
2. ALCUNI RECENTI RIFERIMENTI NORMATIVI .....	5
3. I CONCETTI PORTANTI .....	7
3.1 Stratificazione e targeting della popolazione.....	7
3.2 Multimorbilità e polifarmacoterapia.....	7
3.3 Valutazione multidimensionale (VMD) .....	8
3.4 Integrazione .....	9
3.5 Prossimità.....	10
3.6 Accoglienza.....	10
3.7 Multidimensionalità .....	10
3.8 Pianificazione .....	10
3.9 Coinvolgimento del paziente e caregiver nel piano di cura .....	10
3.10 Ruolo delle associazioni di tutela delle persone con malattie croniche e delle loro famiglie.....	11
3.11 Comunicazione .....	11
3.12 Monitoraggio e valutazione della qualità delle cure erogate .....	11
4. IL PUNTO UNICO DI ACCESSO.....	12
4.1 Sede.....	13
4.2 Mappatura dei servizi.....	13
4.3 Personale.....	14
4.4 Strumenti informativi.....	14
4.5 Strumenti informatici e gestione dei dati .....	14
4.6 Orari di apertura e modalità d’accesso .....	15
4.7 Accordi formali .....	15
4.8 Formazione.....	15
4.9 Monitoraggio dell’attività.....	15
5. L’EQUIPE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE.....	15
5.1 Funzioni e metodologia di lavoro.....	16
5.2 Sede.....	16
5.3 Mappatura dei servizi.....	16
5.4 Personale.....	17
5.5 Strumenti informatici e gestione dei dati .....	17
5.6 Orari di apertura.....	17
5.7 Accordi formali .....	17

5.8 Formazione.....	17
5.9 Monitoraggio dell'attività.....	18
ESPERIENZE E PROGETTI .....	19
SINTESI DEI CONTENUTI.....	19
MACRO-TEMI EMERGENTI .....	19
1. EVM-PUA (Valutazione multidimensionale e Punti Unici di Accesso) .....	19
2. Supporto a famiglia e caregiver .....	19
3. Cronicità e continuità assistenziale.....	19
4. Iniziative speciali e coprogettazione .....	20
ANALISI CUMULATIVA .....	20
a. Punti di forza ricorrenti .....	20
b. Criticità emergenti .....	20
c. Opportunità di miglioramento .....	20
CLUSTER SINTETICO DEI PROGETTI .....	20
CONCLUSIONI .....	20
BIBLIOGRAFIA.....	21
GRUPPO DI LAVORO.....	22
Elenco nominativi dei partecipanti: .....	22

## 1. PREMESSE

Le patologie croniche costituiscono uno dei più rilevanti problemi di salute pubblica a livello globale, nazionale e locale, per il loro impatto rilevante sulla mortalità, ma anche sull'insorgenza della disabilità e il peggioramento della qualità della vita degli individui e spesso dei loro conviventi. L'invecchiamento della popolazione europea e ancor più quella italiana ha comportato nel tempo un incremento di persone affette da patologie croniche, nonché una maggiore diffusione della multimorbilità, segmento a maggior rischio di fragilità.

Nel 2019, prima della pandemia, secondo i dati ISTAT, in Italia circa 7 milioni di ultrasessantacinquenni, più di un anziano su due, presentavano multimorbilità, riferendo almeno tre patologie croniche. Tra gli over85 la quota raggiungeva i due terzi, con una percentuale più elevata tra le donne, il 69% contro il 60% tra gli uomini. Anche tra i "giovani anziani" di 65-74 anni, le quote si confermano elevate (48,5% tra le donne e 39,6% tra gli uomini). Sempre secondo l'ISTAT, le patologie più diffuse (in una lista di 22) sono artrosi (47,6%), ipertensione (47%), patologia lombare (31,5%) e cervicale (28,7%), iperlipidemia (24,7%), malattie cardiache (19,3%) e diabete (16,8%). Il 43,2% degli anziani di 65 anni e più dichiara almeno una patologia grave (ictus, tumori, Alzheimer e demenze, malattie cardiache, incluso infarto o angina, diabete, parkinsonismo, malattie respiratorie croniche). Tra gli anziani di 75-84 anni la quota di coloro che hanno almeno una malattia cronica grave si attesta al 48,1% (52,4% tra gli uomini e 44,8% tra le donne) mentre la percentuale di quanti sono affetti da almeno due malattie croniche gravi è pari al 19,4% (22% tra gli uomini e 17,4% tra le donne). Tra gli anziani di 85 anni e oltre, circa un terzo dichiara di essere affetto da almeno due patologie croniche gravi (34,1% tra gli uomini e 29,1% tra le donne).

Gli obiettivi di cura di tali pazienti, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati a migliorare il quadro clinico e il livello di funzionalità, cercando di minimizzare la sintomatologia e prevenendo la disabilità e la perdita di autonomia. I pazienti, essendo inoltre generalmente anziani o molto anziani, a causa dei mutamenti demografici e sociali sono spesso persone o coppie sole, con eventuali difficoltà nella gestione di piani terapeutici domiciliari e criticità se versano in precarie condizioni socioeconomiche.

Per rispondere a bisogni di assistenza così articolati e complessi è necessaria una riorganizzazione dell'assistenza territoriale con percorsi di presa in carico della cronicità basati sulla medicina di iniziativa, in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale Cronicità e del DM 77 del 23-5-2022 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN) (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>).

L'Assistenza Primaria è la prima porta d'accesso al nostro SSN. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società (Dichiarazione di Astana 2018).

Il Patient-Centered Primary Care prevede:

- facilità di accesso alle cure e ai servizi (**porte uniche di accesso, accompagnamento nella rete dei servizi, tempestività e appropriatezza delle risposte, facilità di comunicazione con i professionisti**, etc.)
- presa in carico e coinvolgimento dell'assistito (e della sua famiglia) nelle scelte e nella gestione delle cure (educazione e supporto all'auto-cura, counselling, accesso ai propri dati personali, etc.)
- pro-attività degli interventi e passaggio da una medicina di attesa a una sanità d'iniziativa (focus sulla prevenzione, utilizzazione di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti che facilitino il follow-up, etc.),

- coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti), integrazione e continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi compreso quello sociale e di comunità)

L'attivazione delle Case della Comunità, così come previste dal DM 77/2022, rappresenta l'opportunità per tradurre operativamente questo approccio nell'organizzazione dei servizi. In particolare, il Punto Unico di Accesso (PUA) e l'Équipe di Valutazione Multidimensionale (EVM) rappresentano due elementi cardine che possono favorire la ricomposizione delle risorse locali a favore di un approccio unitario e integrato tra sociale e sanitario e tra i diversi operatori coinvolti nel piano di cura per rispondere ai bisogni delle persone (sane e malate) che vivono nel Distretto.

## 2. ALCUNI RECENTI RIFERIMENTI NORMATIVI

Comma 163 dell'art. 1 della **legge 30 dicembre 2021, n. 234** (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 310 del 31 dicembre 2021:

“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 équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe 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'équipe 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”

Il **DM 77/2022** prevede quale requisito obbligatorio per tutte le CdC (Hub e Spoke) la presenza del PUA. Inoltre, all'art. 10 (Assistenza domiciliare) indica che:

“... Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della **Valutazione Multidimensionale** e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri *setting* assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del

caregiver. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta. ...”

Il **Piano Nazionale della Cronicità** (<https://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/2025-11/Piano%20nazionale%20cronicit%C3%A0.pdf>) recentemente aggiornato (2025) prevede che:

*“...l’invecchiamento della popolazione europea e ancor più quella italiana ha comportato nel tempo un incremento di persone affette da patologie croniche, nonché una maggiore diffusione della multimorbilità, segmento a maggior rischio di fragilità. ...Gli obiettivi di cura di tali pazienti, non potendo essere rivolti alla guarigione, sono finalizzati a migliorare il quadro clinico e il livello di funzionalità, cercando di minimizzare la sintomatologia e prevenendo la disabilità e la perdita di autonomia.*

*...In particolare, riguardo alla cronicità, il modello assistenziale della Sanità d’Iniziativa si pone l’obiettivo di migliorare la gestione delle malattie croniche e di prevenirne l’evoluzione e le complicanze attraverso l’applicazione di un piano di presa in carico e di follow up proattivo, precoce e personalizzato, programmato sul medio-lungo termine, non solo sulla base delle condizioni cliniche, ma anche rispetto alle caratteristiche psicosociali e comportamentali del paziente. In questo contesto si colloca il collegamento già previsto con il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) (<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/il-piano-nazionale-della-prevenzione/>).*

*Uno degli obiettivi fondamentali di questo modello è quello di coinvolgere attivamente il paziente e chi gli presta assistenza (caregiver) in modo da stabilire un Patto di Cura nel quale gli obiettivi di salute siano concordati e comprendano anche l’educazione alla conoscenza della propria malattia, l’acquisizione della capacità di autovalutazione ed autocura, l’adesione ad obiettivi di perseguimento di stili di vita che migliorino il livello specifico di salute e l’esperienza di malattia”.*

*... “La multimorbilità è attualmente una delle maggiori sfide del SSN, per varie ragioni, prima tra tutte una organizzazione dell’assistenza sanitaria tradizionalmente basata su un modello orientato alla singola patologia. I progressi medici, inoltre, portano sempre più verso una specializzazione delle cure a discapito di un approccio che consideri il paziente nella sua globalità e complessità di patologie e problematiche. Da un punto di vista organizzativo, questo comporta una frammentazione dell’assistenza dei pazienti con multimorbilità che devono essere presi in carico da numerosi specialisti e seguire percorsi di cura complessi determinando una difficoltà nel fornire un’assistenza centrata sul paziente e una condivisione del processo decisionale. Infatti, da un punto di vista clinico, seguire più linee guida che si concentrano sulla gestione di singole patologie è complesso e spesso non appropriato in pazienti con multimorbilità”.*

Su questa base è quindi importante “Sviluppare, validare e implementare sistemi di stratificazione del rischio per la presa in carico degli assistiti sulla base della complessità clinica (es. per presenza di comorbilità), del livello di rischio (es. per rischio di ospedalizzazione o di morte), del bisogno di salute (es. integrando aspetti sanitari e sociali) e del consumo di risorse, nonché per differenziare strategie di intervento”.

Il macro-processo di gestione della persona con cronicità prevede diverse fasi:

- Fase I: stratificazione e targeting della popolazione.
- Fase II: promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce.
- Fase III: presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura.
- Fase IV: erogazione di interventi personalizzati attraverso il coinvolgimento del paziente e caregiver nel piano di cura.
- Fase V: monitoraggio e valutazione della qualità delle cure erogate.

### 3. I CONCETTI PORTANTI

#### 3.1 Stratificazione e targeting della popolazione

La stratificazione della popolazione si configura come strumento privilegiato per la “differenziazione” degli interventi, a supporto di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell’assistenza sanitaria per gruppi “omogenei” di assistiti, con particolare attenzione ai soggetti che soffrono di più patologie o che presentano fattori di vulnerabilità. La metodologia per stratificare la popolazione deve essere configurata come un sistema flessibile e modulare, costituito da molteplici elementi che, applicati sia su tutta la popolazione che su specifici strati di interesse, permetta di identificare sottogruppi e criticità in funzione degli obiettivi della programmazione sanitaria ai diversi livelli.

Il primo passo della programmazione sanitaria è la valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento che assume, come elementi di fondo, la persona, l’ecosistema e il contesto socioeconomico. In questo ambito, i dati individuali, che alimentano i sistemi informativi sanitari e socioeconomici, costituiscono lo strumento che rende possibile la quantificazione dei bisogni di salute, al fine di stratificare correttamente la popolazione di riferimento. La stratificazione della popolazione, come previsto dal DM77, è strutturata nei seguenti 6 livelli:

- **I livello:** persona in salute;
- **II livello:** persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo;
- **III livello:** persona con complessità clinico assistenziale media (presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica);
- **IV livello:** persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale (presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari);
- **V livello:** persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale (presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali con parziale o totale non autosufficienza, con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo);
- **VI livello:** persona in fase terminale.

In accordo a quanto previsto DM77/2022, il territorio rappresenta il contesto assistenziale migliore per la cura dei pazienti cronici, anziani, con multimorbilità, disabilità e fragilità, essendo in grado di rispondere ai bisogni di salute del paziente al proprio domicilio o nella comunità di riferimento, anche attraverso interventi di educazione, prevenzione e promozione della salute.

#### 3.2 Multimorbilità e polifarmacoterapia

La multimorbilità è la coesistenza di due o più malattie croniche nello stesso individuo. Questa condizione è più comune negli anziani e può compromettere la qualità della vita, complicare l’assistenza medica e aumentare il rischio di fragilità. La gestione richiede un approccio individualizzato che tenga conto di tutte le patologie, delle preferenze del paziente e della potenziale interazione tra farmaci e trattamenti. Non va confusa con la “comorbilità” che si riferisce alla presenza simultanea di due o più patologie, in cui una è la malattia indice (per esempio il diabete) mentre le altre sono strettamente correlate a questa (per esempio la retinopatia o la nefropatia diabetica). Con il termine multimorbilità, invece, ci si riferisce alla coesistenza di almeno due

patologie nello stesso individuo che non sono necessariamente correlate tra loro (per esempio il diabete, l'osteoporosi, l'artrite reumatoide, la bronchite cronica), senza un'enfasi particolare su una patologia "indice".

La prevalenza di multimorbilità nei soggetti anziani è stata stimata intorno al 60%, ma è certamente maggiore negli individui di età superiore a 80 anni, dove sembra aggirarsi intorno all'80% ed è molto variabile in funzione dei contesti di cura che vengono considerati: soggetti ambulatoriali, pazienti ospedalizzati o istituzionalizzati. Negli anziani con multimorbilità, il risultato della frammentazione delle cure e di un approccio ancora eccessivamente orientato alle singole malattie (*disease-oriented*) e non al paziente (*patient-oriented*) porta alla polifarmacoterapia, che può costituire di per sé un indicatore di fragilità e di rischio per la salute.

La definizione più utilizzata in letteratura di polifarmacoterapia è quella che definisce la polifarmacoterapia come l'uso contemporaneo di cinque o più farmaci ed è quella più utile dal punto di vista clinico perché è stata correlata a un aumento del rischio di reazioni avverse da farmaco e di interazioni farmacologiche. Alcuni autori ritengono che la polifarmacoterapia negli anziani potrebbe essere percepita come una vera e propria malattia, con conseguenze e complicanze spesso più gravi delle stesse patologie per cui i diversi farmaci sono stati prescritti. Oltre ai problemi farmaco-correlati, la polifarmacoterapia nel paziente anziano è stata associata a un aumentato rischio di perdita dell'autonomia funzionale, deficit cognitivo, fragilità, ospedalizzazione e mortalità.

Diverse iniziative sono state recentemente realizzate per supportare i clinici nella scelta dei percorsi terapeutici più indicati, combinando le risorse e le evidenze disponibili con i principi della pratica clinica in geriatria e della medicina di base. Un valido supporto viene fornito dalle recenti linee guida intrasocietarie pubblicate dall'Istituto Superiore di Sanità (<https://www.iss.it/-/snlg-gestione-multimorbilita-polifarmacoterapia>) che si propongono di migliorare la qualità della vita dei soggetti con multimorbilità attraverso la definizione di percorsi terapeutici condivisi e personalizzati sulle effettive necessità e aspettative dei pazienti.

### **3.3 Valutazione multidimensionale (VMD)**

La Valutazione Multidimensionale (VMD) è definita come *"...una valutazione attraverso cui i molteplici problemi delle persone anziane vengono identificati, descritti e spiegati, se possibile, e in cui vengono catalogate le risorse e i punti di forza della persona, valutata la necessità di servizi e sviluppato un piano di assistenza coordinato per focalizzare gli interventi sui problemi della persona. La VMD completa comprende generalmente la valutazione del paziente in diversi ambiti, più comunemente fisico, mentale, sociale, economico, funzionale e ambientale"* (NIH Consensus Statement 1987).

La VMD rappresenta, perciò, uno "strumento diagnostico" che valuta in modo standardizzato le diverse aree problematiche della persona fragile, al fine di identificare con precisione i problemi ed elaborare un PAI che ne supporti la presa in carico. La VMD è uno strumento per garantire l'accesso ai servizi per le persone anziane fragili e per le persone anziane non autosufficienti. L'importanza della VMD è più volte ribadita nei LEA ed è ripreso anche nel PNRR, in cui è sottolineata l'importanza della VMD nel contesto dei PUA delle Case della Comunità (CdC).

La VMD rappresenta una metodica fondamentale per la presa in carico e la pianificazione dell'assistenza della persona fragile. Di seguito, gli elementi fondamentali:

1. la VMD rappresenta lo strumento finalizzato all'identificazione dei bisogni clinici, funzionali e sociali (Art. 21 LEA);

2. l'identificazione dei bisogni tramite la VMD è propedeutica allo sviluppo del PAI da parte di unità di VMD e all'accesso ai servizi territoriali (Art. 21 LEA e DM77);
3. la VMD può essere gestita ad un primo livello da un unico professionista specificamente formato (normalmente infermiere o assistente sociale), fermo restando che deve prevedere la disponibilità di diverse competenze per l'approfondimento delle problematiche specifiche che emergono. L'equipe base non può quindi prescindere dalla presenza del medico di riferimento dell'assistito (MMG o PLS), infermiere e assistente sociale, consulenza di altri professionisti sanitari (fisioterapista, psicologo, ...) e specialisti (fisiatra, geriatra, ...).
4. la presa in carico nelle Cure Domiciliari (a eccezione delle Cure Domiciliari di base caratterizzate da Coefficiente di Intensità Assistenziale <0.14), nelle Cure Palliative Domiciliari, nell'Assistenza residenziale extraospedaliera a elevato impegno sanitario, nell'Assistenza Residenziale e Semiresidenziale alle persone non autosufficienti, nell'Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neuro sviluppo, nell'Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali, nell'Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità, nell'Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche, richiede lo svolgimento di VMD e la definizione di PAI (Artt. 22, 23, 29, 30, 32, 33, 34, 35 LEA);
5. la VMD deve essere svolta anche all'interno delle CdC nei PUA (PNRR, Legge 23 marzo 2023, n. 33 39 recante "Deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane");
6. gli strumenti di VMD sono identificati dalle Regioni e dalle Province Autonome, ma devono essere uniformi e implementati in modo omogeneo, garantendo così uniformità di misurazione e interpretazione delle informazioni raccolte, indipendentemente dal setting (Art. 21 LEA, DM77, Legge 23 marzo 2023, n. 33 recante "Deleghe al governo in materia di politiche in favore delle persone anziane").

### 3.4 Integrazione

Rappresenta il tema e la sfida centrale per chi si occupa di rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

Per far fronte alle domande dettate da una realtà in continua espansione da un lato e dalle nuove conoscenze dall'altro, l'organizzazione si è strutturata attorno ad un modello apparentemente semplificatore, basato sull'iperspecializzazione dei processi. Ciò ha fatto perdere di vista la multidimensionalità e la trasversalità dell'esistenza, separando la complessità in frammenti e rendendo unidimensionale la vita e il tessuto sociale, fondati sull'interconnessione delle parti con il tutto (*riflessione tratta dal testo Generare Luoghi di vita – Nuove forme dell'abitare - di Dotti e Nogarotto*).

L'integrazione tra **setting** (casa come luogo di vita e di cura, servizi territoriali sanitari e sociosanitari, servizi sociali e socio-assistenziali, ospedali, associazionismo e terzo settore, risorse della comunità), **percorsi** (continuità clinica, assistenziale, educativa, sociale, comunicativa, relazionale, documentale), **professionisti** (sanitari, sociosanitari, sociali, del terzo settore, delle scuole, delle realtà produttive, ...) e **cittadini/utenti** è il cardine da rafforzare per migliorare i processi orientati a promuovere salute e per rispondere ai bisogni sanitari, sociosanitari e sociali delle persone, ricomposti in un quadro unitario.

### **3.5 Prossimità**

Diventa una logica e un metodo di lavoro in campo sanitario e sociale. È intesa come rigenerazione e manutenzione delle reti sociali e di vicinanza, che consente di sviluppare interazioni con le diverse risorse presenti nel territorio di riferimento della CdC, che può assumere la funzione di centro di coordinamento. Sottende il principio della co-produzione della cura, centrata sulle persone (Spunto tratto da Marco Ingresso – Percorsi verso le case della comunità: proposte e sperimentazioni)

### **3.6 Accoglienza**

È un atto di apertura. Tutto ciò che viene accolto viene fatto entrare in una casa, in un gruppo, in se stessi. Ma accogliere non è solo ospitare, è mettersi in gioco rendendo partecipe l'altro di qualcosa di proprio, è il riconoscimento dell'altro, è ascoltare. Condividere questo approccio al PUA e, più in generale nei servizi che si occupano di salute, comporta un cambio di paradigma che ci obbliga a ripartire dalla funzione di ascolto (che non è sinonimo di cortesia e gentilezza) di ciò che le persone ci portano, spesso dopo aver percorso tentativi faticosi e infruttuosi, per avere un aiuto e risposte a problemi più o meno complessi. Se la persona si sente accolta e ascoltata, si pongono le basi per una relazione che riconosce la dignità dell'altro (anche quando è arrabbiato con "il sistema") e consente di avviare e condividere un percorso di cura.

### **3.7 Multidimensionalità**

Si fonda sull'interprofessionalità, ossia sulla collaborazione fra diversi operatori che, attraverso i loro saperi specifici, riescono a ricomporre una visione globale della salute della persona e del suo contesto di vita, superando la frammentaria risposta condizionata dalla titolarità dei budget.

### **3.8 Pianificazione**

Effettuata la valutazione multidimensionale e identificati i problemi dell'assistito, è necessario definire gli obiettivi personalizzati e attivare gli enti/operatori che ne possono facilitare il raggiungimento. Il Progetto Individuale (PI) che ne consegue viene tradotto in un Piano di Assistenza Individuale (PAI) in cui ciascun operatore declina gli interventi pianificati, orientati a favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per l'assistito, indicando esplicitamente anche il coinvolgimento dell'assistito/dei familiari/del caregiver.

PI e PAI vanno costantemente monitorati e possono richiedere una rivalutazione e rimodulazione in funzione dell'evolvere della situazione clinico-assistenziale-sociale della persona.

### **3.9 Coinvolgimento del paziente e caregiver nel piano di cura**

Il coinvolgimento del paziente e dei suoi caregiver nel piano di cura passa attraverso l'educazione del paziente con cronicità e il miglioramento della comunicazione tra professionisti sanitari e assistito. Il raggiungimento della consapevolezza e corresponsabilità della persona nel processo di cura è un processo in cui il paziente è al centro dell'assistenza e in cui si tiene conto non solo della condizione clinica, ma anche della dimensione psicosociale della persona (*patient centred care*) attraverso una condivisione delle responsabilità e delle decisioni tra il professionista sanitario, il paziente e il suo caregiver, in una visione di assistenza coordinata, integrata e continua, che si sviluppa in diversi setting e attraverso il lavoro di gruppi multidisciplinari.

### **3.10 Ruolo delle associazioni di tutela delle persone con malattie croniche e delle loro famiglie**

Le Associazioni di tutela delle persone con malattia cronica e le Organizzazioni civiche del Terzo Settore hanno un ruolo importante nell'aiutare a comprendere le esigenze dei pazienti, nell'informazione, nell'orientamento ai servizi, nella implementazione e valutazione delle politiche della cronicità, specie in questo particolare momento storico di contenimento delle risorse destinate ai servizi e alla sanità. Per questo i loro membri devono avere una adeguata formazione culturale nel percorso di salute delle persone con patologia cronica o a rischio di svilupparla. Il loro ruolo è decisivo per il miglioramento della qualità dell'assistenza e della qualità della vita dei pazienti per costruire percorsi di orientamento al miglior percorso di cura e di integrazione, migliorando il rapporto e il dialogo con le Istituzioni.

Nel loro ruolo di integrazione e dialogo con le Istituzioni possono svolgere ruoli di anticipazione nella segnalazione di bisogni emergenti, di stimolo nella tutela dei diritti dei cittadini, di sprone all'implementazione di azioni migliorative per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini. Per questo, nella definizione delle politiche sulla cronicità, e nella programmazione di iniziative a livello aziendale, regionale e nazionale, è importante favorire la loro partecipazione attiva.

### **3.11 Comunicazione**

La comunicazione è una componente fondamentale del processo di assistenza sanitaria e del percorso di cura, soprattutto considerando la molteplicità degli elementi umani, tecnologici e gestionali che interagiscono nel sistema sanitario. La comunicazione deve, quindi, essere considerata una competenza dei professionisti sanitari, allo stesso livello delle competenze tecniche, poiché, quando efficace, permette di sviluppare con il paziente una relazione che ha un impatto positivo sul percorso assistenziale e sull'esito delle cure. A sua volta, una comunicazione efficace consente di sviluppare il "patto di cura", creare una collaborazione tra paziente, caregivers e personale sanitario fondata sulla fiducia e sull'empatia, nonché di coinvolgere e responsabilizzare il paziente. A tal fine è di particolare importanza che i professionisti sanitari sviluppino e mantengano competenze comunicative e relazionali utili a rispondere ai bisogni specifici legati al genere, all'etnia, all'età, condizione economica, status migratorio, educazione, religione e abilità delle persone.

### **3.12 Monitoraggio e valutazione della qualità delle cure erogate**

Il monitoraggio e la valutazione della qualità delle cure sono dimensioni strategiche del Servizio Sanitario Nazionale, con riferimento alla gestione della cronicità e dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali. Nella gestione delle cronicità è importante, quindi, dotarsi di strumenti che permettano di:

- monitorare, ossia misurare la distanza tra il percorso assistenziale raccomandato dal PDTA e quello effettivamente sperimentato dai pazienti, e identificare le criticità che limitano l'implementazione del PDTA così come pianificato;
- valutare, ossia misurare l'impatto di tale distanza sui risultati (i processi e gli esiti) che il PDTA intende raggiungere (per es. aderenza alle procedure diagnostiche e/o terapie raccomandate, riduzione delle ospedalizzazioni e della mortalità, riduzione dei costi per la gestione del paziente, aumento della soddisfazione del paziente).

Il monitoraggio e la valutazione vengono realizzati tramite gli "indicatori", che sono variabili misurabili che consentono una valutazione sintetica di fenomeni complessi e forniscono gli elementi necessari a orientare le decisioni. Essi, infatti, sono utili per confrontare un fenomeno nel tempo (in momenti diversi) e nello spazio (tra realtà diverse).

I *Patient-reported outcome measures* (PROMs) e i *Patient-reported experience measures* (PREMs) rappresentano validi strumenti per misurare rispettivamente il punto di vista dei pazienti sul proprio

stato di salute e la loro esperienza durante le cure. I PROMs sono delle misure di esito riportate direttamente dal paziente utilizzate per indagare la percezione che quest'ultimo ha sul suo stato di salute, la disabilità e la qualità della vita correlata alla salute. I PREMs invece, misurano la percezione dei pazienti rispetto alla loro esperienza durante il percorso di cura.

#### 4. IL PUNTO UNICO DI ACCESSO

Il primo passaggio per la definizione della presa in carico e gestione del paziente con cronicità è definire il luogo fisico di accesso ai servizi. Il PUA rappresenta il primo contatto tra le persone e il sistema sanitario/sociosanitario/sociale. In questo contesto, già il Patto della Salute 2014-2016 identificava il PUA come punto di accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari che indirizza il cittadino al percorso sociosanitario e socioassistenziale adeguato alle sue condizioni e necessità. Questo concetto è ribadito nel DM77/2022 che sottolinea come la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti, viene svolta dal PUA, inserito all'interno delle Case della Comunità. Queste funzioni oggi sono già garantite dai diversi Enti/Servizi in funzione delle specifiche competenze (sportelli sociali, punti informativi del terzo settore, distretti, case della comunità, ...) ma, il valore aggiunto del PUA è quello della ricomposizione dell'informazione e dell'accompagnamento in un unico punto (anche diffuso rispetto alle CdC o itinerante) in modo da facilitare la risposta integrata ai bisogni delle persone, riducendo l'impatto dei determinanti della salute nell'accesso ai servizi.

Le funzioni minime da garantire sono rappresentate da:

- informazioni sui servizi sanitari, sociali e sociosanitari e sulle modalità per accedervi (funzione anche da remoto con telefono e mail). La funzione informativa può contemplare la risposta a una data domanda, il sostegno all'utilizzo delle informazioni ricevute e l'erogazione di prestazioni di base come il disbrigo pratiche. (Devastato, 2010).
- valutazione di primo livello per intercettare i bisogni, anche inespresi, delle persone;
- accompagnamento nell'accesso unitario ai servizi sociali e sociosanitari, attraverso il supporto amministrativo-organizzativo-professionale, che deve prevedere anche il contatto in back office con tutti i servizi. La funzione di accompagnamento si colloca in una fase più avanzata rispetto alla funzione informativa. L'accompagnamento può essere definito come un percorso personalizzato di aiuto, sostegno e orientamento rivolto a cittadini/utenti in condizioni di particolare disagio. Tale funzione si esplica con una prima analisi del caso per fornire indicazioni appropriate sul servizio richiesto e, successivamente, con l'assistenza dell'utente nella fase di accesso al servizio stesso, per esempio, con la compilazione della domanda o con l'indirizzare attivamente o accompagnare l'utente verso le strutture erogatrici di servizi (diversi da quelli forniti dal PUA) attraverso la definizione di appuntamenti (per la presa in carico) e con l'attivazione di servizi ed équipe professionali come l'unità valutativa multidisciplinare (Pesaresi, 2013).

Anche per le persone con particolare fragilità e difficoltà di accesso ai servizi (per esempio le persone senza fissa dimora, i detenuti rilasciati, talora in emergenza, senza una concreta programmazione per le cure e per affrontare i problemi abitativi e di inserimento lavorativo laddove ancora non siano attive le CdC del carcere), il PUA può rappresentare un punto di riferimento per l'orientamento ai servizi ma anche l'interfaccia per le Associazioni che intercettano queste situazioni. In particolare, per alcuni aspetti relativi all'iscrizione al SSR, alla scelta del MMG,

alle esenzioni, alla fornitura di dispositivi, ausili e presidi, all’inserimento in progetti di integrazione specifici presenti nel territorio.

La gestione di queste funzioni richiede la definizione di alcuni orientamenti, requisiti organizzativi e strumenti che, se condivisi, potrebbero rappresentare la base del modello per facilitare il riorientamento dei servizi già esistenti.

#### **4.1 Sede**

La normativa colloca il PUA nelle CdC. Questo orientamento potrebbe centralizzare eccessivamente la funzione, rendendo più difficile l’accesso rispetto alla capillarità oggi presente grazie alle diverse attività informative garantite da Comuni, Aziende Consortili, Enti del Terzo Settore, Enti Erogatori Sanitari e Sociosanitari, .... In funzione delle caratteristiche del territorio diventa pertanto necessaria una valutazione congiunta (per esempio nell’ambito dell’Organismo di Coordinamento Distrettuale) che consenta di garantire accessibilità e completezza di informazioni. Le opzioni (non necessariamente alternative), possono prevedere:

- organizzazione per hub e spoke – le CdC sono chiamate a garantire il servizio complessivo, assumendo il ruolo di PUA Hub rispetto ad eventuali altre sedi;
- PUA diffuso (Spoke) – i diversi punti informativi/di attivazione servizi specifici già presenti condividono le informazioni e gli strumenti per orientare le persone nella rete dei servizi, attivando in back office quelli necessari per rispondere ai bisogni rilevati o per attivare la valutazione di secondo livello; ogni professionista/operatore rappresenta in questo caso il PUA e si pone nell’ottica di intercettare i bisogni e di facilitare la presa in carico delle persone;
- PUA itinerante (Spoke) – il personale del PUA delle CdC, integrato dalle assistenti sociali comunali/di Ambito, garantisce presenze decentrate, secondo un calendario condiviso con i Comuni di riferimento, che rendono disponibile una sede idonea.

#### **4.2 Mappatura dei servizi**

Il PUA deve avere a disposizione e aggiornare periodicamente la mappatura completa dei servizi interni alla CdC/al Distretto e di quelli presenti nel territorio. Per ogni servizio deve essere predisposta una scheda informativa che prevede la tipologia di servizio erogato, i requisiti di accesso, il territorio di operatività, le modalità di attivazione, i recapiti telefonici e mail, i nomi dei referenti, eventuali moduli e strumenti informativi disponibili, le principali FAQs. Considerata la rapida evoluzione che caratterizza il contesto, anche grazie all’attivazione di progetti finanziati che coinvolgono diverse realtà e sono limitati nel tempo, è fondamentale il puntuale aggiornamento (cadenza mensile) delle informazioni censite.

#### **4.3 Personale**

L’individuazione del personale del PUA è influenzata dai singoli contesti, in relazione alle risorse disponibili e alla storia dei punti accoglienza. Se da un lato l’attività è compatibile con limitazioni fisiche legate alla movimentazione dei carichi, dall’altro sono imprescindibili requisiti relazionali e di conoscenza che consentano di esercitare le complesse funzioni previste. Si tratta infatti di costruire il servizio a partire dalla rete di relazioni interprofessionali che contraddistinguono il territorio. I saperi relazionali si basano infatti sul coordinamento continuo delle relazioni e sono alla base del funzionamento del team, delle reti e della co-produzione della cura. La collaborazione tra professionisti con qualifiche diverse arricchisce il servizio e non può prescindere dal coinvolgimento

di infermieri, assistenti sociali (dell'ASST e dei Comuni/Aziende Consortili) e amministrativi. La presenza dell'assistente sociale dell'Ambito/Comune al PUA è fondamentale per offrire risposte integrate ai bisogni delle persone, con maggiore garanzia di equità di accesso e di riduzione dell'influenza dei determinanti non sanitari della salute nell'attivazione dei servizi. Il raccordo deve essere quotidiano ed è facilitato dalla presenza fisica nella stessa sede, almeno per parte dell'orario di lavoro. Le esigenze organizzative, anche legate all'orario di apertura del servizio, possono orientare verso l'individuazione di personale dedicato o verso il coinvolgimento di un gruppo di professionisti/operatori più allargato, che deve però essere messo nelle condizioni di esercitare il ruolo informativo e di accompagnamento con competenza e tranquillità, attraverso spazi dedicati al confronto e all'analisi delle criticità, la costruzione condivisa degli strumenti e la formazione specifica (significato dell'accoglienza, health literacy, comunicazione efficace, gestione dell'aggressività, intercultura, ...).

#### **4.4 Strumenti informativi**

Il PUA deve disporre di strumenti informativi ad uso del personale, già descritti nel punto 2, e di strumenti informativi rivolti all'utenza. Tra questi le carte dei servizi, le locandine e i depliant dei diversi servizi presenti nel territorio di riferimento. La traduzione nelle principali lingue straniere facilita la comunicazione. È importante gestire in modo consapevole e aggiornare gli strumenti informativi, evitando che diventino parte del contesto con il rischio di diventare inefficaci perché eccessivi o non aggiornati. Devono inoltre essere definiti strumenti di valutazione di primo livello, possibilmente supportati da un unico strumento informatico che ne consenta la condivisione, in modo da contribuire a rendere operativo in concetto di integrazione. Considerato che non sempre si riesce a garantire una risposta appropriata nell'immediato, è necessario avere a disposizione uno strumento per rilevare i dati e i recapiti dell'utente, i bisogni rilevati, in modo da rendere possibile un contatto successivo. È un aspetto fondamentale dell'accoglienza e dell'accompagnamento evitare di lasciare all'utente la funzione di ricomposizione delle risposte e di attivazione dei servizi.

#### **4.5 Strumenti informatici e gestione dei dati**

L'attuale utilizzo di sistemi informatici che non dialogano tra loro e i problemi legati alla tutela della privacy, rappresenta un tema importante nei percorsi di accoglienza, orientamento e valutazione delle persone che si rivolgono al PUA. Non sempre è possibile ricostruire i problemi, i passaggi già realizzati e i servizi attivi dai colloqui e dalla documentazione presentata dagli utenti e ciò può rallentare l'acquisizione di informazioni necessarie per fornire risposte coerenti e appropriate.

In attesa del pieno funzionamento del Sistema Gestionale Digitale Territoriale (SGDT), che a tendere dovrebbe semplificare questo aspetto, l'utilizzo di strumenti quali un unico Data Base condiviso che riporti le valutazioni di base già realizzate e i servizi attivi (attraverso un accordo tra ASST e Comuni/Ambito) potrebbe rappresentare la base per una reale integrazione socio sanitaria nella presa in carico dei cittadini (integrazione tra Servizi sanitari e Servizi sociali, tra Case della Comunità e Case di Quartiere).

#### **4.6 Orari di apertura e modalità d'accesso**

Devono facilitare l'accesso anche alle persone che lavorano. Pertanto, ferma restando la finalità di adempiere alle indicazioni normative, dovrebbero prevedere nelle fasi di attivazione delle CdC almeno l'apertura dalle 8 alle 18 dal lunedì al sabato. Agli orari di apertura delle CdC si affiancano inoltre quelli degli altri servizi che caratterizzano il PUA diffuso, che favoriscono la prossimità del servizio.

#### **4.7 Accordi formali**

Un aspetto che spesso genera criticità nel garantire la presenza dell'Assistente Sociale dei Comuni/delle Aziende Consortili nei PUA, è legato alla definizione e sottoscrizione di accordi formali tra ASST e Comuni/Ambiti, finalizzati a tutelare e regolare questo rapporto di collaborazione interistituzionale. Analogo problema può nascere per l'attivazione del PUA itinerante. La definizione di un fac simile e di un iter di approvazione di questi atti, possibilmente a livello regionale con facoltà di adeguamento ai diversi contesti territori, potrebbe facilitare enormemente questo tema, evitando che ogni Direzione debba approfondire le tematiche legali e di responsabilità specifiche.

#### **4.8 Formazione**

Deve accompagnare il processo di costruzione e di evoluzione del servizio, a partire dalla condivisione dei valori che devono orientare la relazione e l'attività. Può beneficiare sia di interventi tradizionali su temi specifici, sia di formazione sul campo che consenta il confronto sulle criticità e sulle idee per migliorare l'efficacia per gli utenti e il benessere dei professionisti. Il Piano Annuale di Formazione Aziendale deve trovare spazio per questi eventi, aperti a tutti i professionisti coinvolti.

#### **4.9 Monitoraggio dell'attività**

Il PUA può diventare un interessante osservatorio dei bisogni della comunità di riferimento. Documentare in modo costante le richieste, le caratteristiche degli utenti, l'attività, elaborare i dati, misurare gli indicatori congiuntamente definiti può consentire di orientare lo sviluppo dei servizi in modo dinamico, a partire dal bisogno (anche informativo) espresso dal contesto locale. Considerata la forte esposizione dei professionisti e l'elevato accesso di persone in alcune fasce orarie/giornate, è necessario essere attenti alla sostenibilità degli strumenti di monitoraggio in termini di velocità e facilità di compilazione e alla rimodulazione nel tempo in funzione di una periodica rivalutazione condivisa. Utile inserire la misurazione del grado di soddisfazione dell'utenza sul servizio, anche con semplici totem che, con un linguaggio figurativo, superano le barriere linguistiche e riducono le resistenze all'espressione del feedback.

### **5. L'EQUIPE DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE**

L'EVM del distretto ha il principale obiettivo di supportare la famiglia e il MMG/PLS nel garantire la continuità clinica, terapeutica ed assistenziale alle persone con bisogni assistenziali complessi e/o non autosufficienti, secondo un piano di intervento personalizzato, globale e condiviso.

Può essere attivata dal PUA, dal MMG/PLS, dai servizi sociali comunali, dai familiari/caregiver, da volontari che intercettano un bisogno, ...

La valutazione dell'EVM può essere richiesta anche in modo più specifico per gestire i processi di transizione tra setting assistenziali segnalati dalle COT (es. dimissioni e ammissioni protette).

Deve in ogni caso prevedere il coinvolgimento del MMG/PLS, responsabile clinico dell'assistito.

#### **5.1 Funzioni e metodologia di lavoro**

- si fonda sulla multidimensionalità della valutazione, grazie alla collaborazione tra diversi professionisti e alla costante condivisione delle modalità di approccio alla fragilità. Non attiva prestazioni in base alle richieste (che spesso si fondano su una conoscenza parziale dei servizi), ma valuta i reali bisogni e propone le risposte in funzione delle risorse disponibili

- lavora in rete con gli altri professionisti del territorio, in particolare con i MMG/PLS e con gli assistenti sociali degli ambiti
- mappa e mantiene una conoscenza aggiornata dei servizi della rete territoriale
- agisce un ruolo di collante per potenziare i punti di connessione della rete e un ruolo di traduzione nell'operatività dei modelli organizzativi
- effettua la valutazione multidimensionale, attraverso gli strumenti condivisi a livello regionale (InterRai Home Care) e locale (CIRS, Barthel, Braden, ...)
- pianifica gli interventi necessari per rispondere ai bisogni rilevati e attiva i servizi della rete commissionando il Progetto Individuale, con gli obiettivi da tradurre nel PAI
- monitora i PAI attivati con rivalutazioni periodiche e con eventuale rimodulazione dei servizi.

## 5.2 Sede

La sede dell'EVM si colloca nelle CdC. fermo restando che l'attività dell'équipe può essere definita "diffusa". La valutazione delle persone con bisogni assistenziali complessi di realizza infatti prevalentemente a domicilio delle persone o, in caso di dimissione protetta, anche nei presidi di ricovero e cura. In funzione degli attori coinvolti per la gestione del caso si possono inoltre realizzare incontri in sedi diverse, con l'obiettivo di facilitare la partecipazione e tradurre operativamente il concetto di prossimità. L'orario di ricevimento presso le CdC/sedi del Distretto consente di accogliere i familiari/caregiver con i loro problemi e sofferenze, informarle sulle opportunità e sui servizi attivabili, acquisire la documentazione utile per un primo inquadramento del caso, concordare un appuntamento per la valutazione domiciliare.

## 5.3 Mappatura dei servizi

Ad integrazione delle riflessioni già esplicitate per il PUA, l'EVM deve disporre dell'elenco aggiornato degli Enti erogatori accreditati che sono attivabili sul territorio in modo da costruire Progetti Individuali che attivino tutte le risorse presenti e funzionali a rispondere ai bisogni specifici rilevati. In particolare, le principali tipologie di Servizi attivabili dall'EVM sono rappresentate da:

- Domiciliari: C-Dom e UCP-Dom, IFeC, servizi sociali comunali, RSA Aperta
- Residenziali: gestione lista di attesa RSA– Ospedale di Comunità – Hospice – Ricoveri di sollievo, Cure Intermedie
- Semiresidenziali: informazioni e orientamento per accesso a CDI, CDD, CSE
- Contributi economici (misure regionali a favore delle persone con gravi e gravissime disabilità, ...)
- di Comunità: associazioni di volontariato e altre risorse informali.

## 5.4 Personale

L'unità di base dell'EVM deve prevedere la presenza di infermiere, assistenti sociali e medico di distretto. Si integra di volta in volta con il MMG o il PLS dell'assistito e con l'assistente sociale del Comune/Ambito di riferimento. Possono inoltre essere attivate consulenze specialistiche in funzione di specifici accordi. Si rimanda alla sezione PUA per le considerazioni legate agli aspetti di relazione.

## 5.5 Strumenti informatici e gestione dei dati

Sono riproponibili le stesse riflessioni descritte per il PUA, considerato che la presa in carico delle persone con bisogni assistenziali complessi dovrebbe basarsi sulle informazioni già disponibili che riguardano la storia delle persone e i loro precedenti contatti con i servizi sanitari, sociosanitari e sociali, ad oggi spesso da ricostruire in assenza di uno strumento condiviso da poter consultare.

### **5.6 Orari di apertura**

Devono prevedere fasce orarie a libero accesso e altre su appuntamento, in modo da facilitare l'accesso anche alle persone che lavorano. La presenza in sede di un operatore EVM durante l'apertura del PUA, consente di prendere in carico direttamente le persone che vengono intercettate, offrendo una prima risposta che potrà trovare approfondimento in un successivo appuntamento.

### **5.7 Accordi formali**

La presenza nella CdC delle Assistenti Sociali del PUA, consente di garantire l'integrazione nel processo di valutazione fin dalle prime fasi. L'accordo formale deve pertanto contemplare entrambe le funzioni (PUA e EVM). Sono inoltre utili accordi specifici per le consulenze specialistiche, interne ASST o con specialisti SAI (ex SUMAI) per i quali il contratto deve prevedere la possibilità di consulenze domiciliari, tempi e modalità di remunerazione.

### **5.8 Formazione**

La conoscenza del territorio, delle risorse presenti, delle regole di funzionamento e di attivazione dei servizi e la costruzione di competenze nella valutazione multidimensionale richiede un costante processo di formazione. Anche per questa équipe il cardine è rappresentato dalla condivisione dei valori che devono orientare le relazioni e l'attività. Il percorso può beneficiare sia di interventi tradizionali su temi specifici, sia di formazione sul campo che consenta il confronto sulle criticità e sulle idee per migliorare l'efficacia per gli utenti e il benessere dei professionisti. Il Piano Annuale di Formazione Aziendale deve trovare spazio per questi eventi, aperti a tutti i professionisti coinvolti.

### **5.9 Monitoraggio dell'attività**

Come il PUA, l'EVM può diventare un interessante osservatorio dei bisogni della comunità di riferimento. Accanto ai flussi regionali previsti, potrebbero essere utili indicatori di monitoraggio delle richieste di attivazione dei servizi che, insieme ai dati demografici ed epidemiologici del territorio di riferimento, possono rappresentare un utile orientamento per lo sviluppo dei servizi.

## ESPERIENZE E PROGETTI

### SINTESI DEI CONTENUTI

Sono state analizzate le **14 schede** relative a **progetti-esperienze** inserite in REDCap dai due Laboratori sulla **CRONICITÀ** (sottogruppo **EVM-PUA** e **Supporto a famiglia e caregiver**).

Le **14 schede** descrivono **progetti, modelli organizzativi, protocolli e sperimentazioni** attive nei territori, con focus su:

- **Presa in carico della cronicità**
- **Integrazione socio-sanitaria**
- **Valutazione multidimensionale (VMD)**
- **Punti Unici di Accesso (PUA)**
- **Supporto ai caregiver**
- **Dimissioni protette**
- **Sorveglianza domiciliare**
- **Progetti di prossimità e comunità**
- **Iniziative di coprogettazione tra enti**

### MACRO-TEMI EMERGENTI

#### 1. EVM-PUA (Valutazione multidimensionale e Punti Unici di Accesso)

Molte schede descrivono:

- Modelli organizzativi di PUA (fissi, diffusi, itineranti)
- Integrazione tra ASST, Comuni, Ambiti Territoriali
- Formalizzazione di protocolli condivisi
- Necessità di multidisciplinarietà e continuità assistenziale

**Esempi chiave:**

- PUA in CdC di nuova apertura (Spedali Civili)
- PUA itinerante (ASST Ovest MI)
- Protocollo VMD integrata (ASST Ovest MI)
- Protocollo ATS Milano – ASST per VMD condivisa

#### 2. Supporto a famiglia e caregiver

Progetti molto diversificati:

- Ricognizione bisogni caregiver (ASST Pavia)
- PIC per pazienti cronici (ASST Pavia)
- “La busta rossa” (Comune di Milano)
- Sostegno caregiver di persone con demenza (ASST Ovest MI)
- Progetti comunitari con ETS (Comune di Legnano)

**Focus ricorrenti:**

- Empowerment
- Prevenzione
- Supporto psico-sociale
- Integrazione con terzo settore

#### 3. Cronicità e continuità assistenziale

Progetti che affrontano:

- Presa in carico di pazienti fragili
- Sorveglianza domiciliare

- Gestione di transizioni critiche (es. pensionamento MMG)

#### Esempi:

- Presa in carico del paziente “orfano” (ASST Lariana)
- Progetto di Sorveglianza Domiciliare PSD (ASST Valle Olona)
- Dimissioni protette SAD (ASST Ovest MI)

#### 4. Iniziative speciali e coprogettazione

- Progetto “Feel Good” per detenuti in uscita (ASST S. Paolo e Carlo)
- Protocollo VMD condiviso tra ATS e ASST milanesi

### ANALISI CUMULATIVA

#### a. Punti di forza ricorrenti

- Forte orientamento all'**integrazione socio-sanitaria**
- Crescente attenzione alla **presa in carico proattiva**
- Valorizzazione del ruolo di **IFeC**, MMG e équipe multidisciplinari
- Sperimentazioni innovative (PUA itinerante, busta rossa, gruppi di caregiver)
- Buona presenza di **protocolli formalizzati** e accordi interistituzionali

#### b. Criticità emergenti

- **Eterogeneità** dei modelli: ogni territorio procede in modo autonomo, con rischio di frammentazione.
- **Ruolo delle CdC e delle COT** non sempre esplicitato (es. PIC Pavia).
- Alcune schede risultano **poco dettagliate** (es. ricognizione bisogni caregiver).
- Necessità di maggiore **standardizzazione degli strumenti di VMD**.
- Dipendenza da **progetti finanziati** (PNRR, bandi), con rischio di non sostenibilità.

#### c. Opportunità di miglioramento

- Creare una **cornice regionale uniforme** per PUA e VMD.
- Rafforzare la **collaborazione strutturata** tra ASST, Comuni, ETS.
- Sviluppare strumenti digitali condivisi (cartella unica, app, piattaforme).
- Consolidare modelli di **presa in carico proattiva** per pazienti fragili.
- Valorizzare le **buone pratiche replicabili** (es. busta rossa, PUA itinerante).

### CLUSTER SINTETICO DEI PROGETTI

Cluster	Progetti principali	Elementi chiave
<b>PUA &amp; VMD</b>	1, 2, 6, 9, 10, 12	Integrazione, protocolli, prossimità
<b>Supporto caregiver</b>	3, 4, 5, 7, 8, 11	Empowerment, sostegno, prevenzione
<b>Cronicità &amp; domiciliarietà</b>	6, 7, 13	Continuità, domiciliarietà, MMG
<b>Progetti speciali</b>	14	Inclusione, CdC, fragilità sociali

### CONCLUSIONI

Il dati estrapolati delle schede mostrano un panorama eterogeneo, ricco e dinamico di iniziative territoriali, con una forte spinta verso:

- **integrazione dei servizi**

- **presa in carico multidimensionale**
- **prossimità e domiciliarità**
- **coinvolgimento della comunità**

Allo stesso tempo emergono bisogni di:

- maggiore **uniformità regionale**
- **chiarezza** dei ruoli
- **consolidamento** dei modelli sperimentali

## BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- AGENAS: Linee di indirizzo per l'attuazione del Modello Organizzativo Case della Comunità Hub (<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2459-linee-di-indirizzo-per-%E2%80%99attuazione-del-modello-organizzativo-case-della-comunit%C3%A0-hub>; [https://www.agenas.gov.it/images/agenas/PNRR/Linee di indirizzo CdC.pdf](https://www.agenas.gov.it/images/agenas/PNRR/Linee_di_indirizzo_CdC.pdf)).
- DM 77 del 23-5-2022 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN) (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>).
- Dotti J., Nogarotto C. - Generare luoghi di vita. Nuove forme dell'abitare - Paoline Editoriale Libri 2022
- Ingrosso M. - Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni Cultura e salute Editore Perugia  
Percorsi verso le Case della Comunità: proposte e sperimentazioni – Edizioni Cultura Salute
- ISTAT. Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia. (<https://www.istat.it/it/files/2021/07/Report-anziani-2019.pdf>).
- Maciocco G. Assistere le persone con condizioni croniche. Saluteinternazionale. <https://www.saluteinternazionale.info/2011/06/assistere-le-persone-con-condizioni-croniche/>
- Ministero della Salute. Piano Nazionale Cronicità. (<https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/piano-nazionale-della-cronicita-0/>).
- Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione. (<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/il-piano-nazionale-della-prevenzione/>).
- Pan American Health Organization. Improving Chronic Illness Care through Integrated Health Service Delivery Networks. Washington, D.C. : PAHO, © 2012 <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/PAHO-improving-chronic-ill-2012-en1.pdf>
- Regione Lombardia. DGR XI 6760 Seduta del 25/07/2022: (<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-6760-legislatura-11>; <https://www.anaaolombardia.it/wp-content/uploads/2022/08/DGR-6760-del-25.07.2022.pdf>).
- Regione Lombardia. DGR XI 7592 Seduta del 15/12/2022: (<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-7592-legislatura-11>).
- Regione Lombardia. Il modello Lombardo per la presa in carico: ([https://www.dati.lombardia.it/stories/s/Modello-lombardo-per-la-presa-in-carico\\_20180222/ya5j-7avn](https://www.dati.lombardia.it/stories/s/Modello-lombardo-per-la-presa-in-carico_20180222/ya5j-7avn)).
- Regione Lombardia. Piano socio-sanitario integrato 2024-2028 Regione Lombardia: (<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1720009044.pdf>; <https://www.welforum.it/wp-content/uploads/2024/07/lombardia-dcr-395-2024.pdf>).
- Regione Lombardia. Presa in carico delle patologie croniche Regione Lombardia: (<https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/presa-in-carico-delle-patologie-croniche>).

## **GRUPPO DI LAVORO**

**Laboratorio “Cronicità: fattori di rischio, malattie, disabilità, fragilità” -**

**Sottogruppo A: Ruolo del Punto Unico di Accesso (PUA) e dell’Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).**

### **Elenco nominativi dei partecipanti:**

Andreoni Bruno, Annoni Emanuela, Barboni Elena, Bardi Maurizio, Bettoni Laura, Cattaneo Sabrina, Cosandey Elisabeth, Del Re Elena, Domenighini Roberta, Gelera Valeria, Mantegazza Enrico, Marigliano, Erika Rosaria, Mazzeo Gabriella, Mombelli Giada, Naimzada Alessandro, Perna Errico Basso, Prina Daniele, Schivalocchi Alessandro, Senatore Antonella, Sonzogni Stefania, Tricella Silvana.