

# La valutazione multidimensionale dei bisogni della persona in funzione della presa in carico

**Valentina Battiston**

Dirigente Servizio di Programmazione e Sviluppo  
Sistema Sociale Integrato  
Regione Umbria

**Emilio Abbritti**

Direttore Distretto del Trasimeno  
USL Umbria1



## Il nuovo Piano Socio Sanitario in fase di elaborazione

Fornire **standard organizzativi e tecniche di funzionamento partecipati\*** per garantire in tutti i territori:

- **Accesso facilitato, equo e universale**
- **Semplificazione** dei percorsi
- **Integrazione** tra sanitario e sociale
- **Presa in carico precoce, condivisa e personalizzata**
- Continuità dell'assistenza
- **Programmazione** delle attività
- **Sostenibilità**
- **Appropriatezza** nell'allocazione e gestione delle risorse

**25-28 NOVEMBRE 2025**  
**AREZZO FIERE E CONGRESSI**

**20**  
Years  
2005-2025



**PSSR 2025-2030: SOMMARIO (4/14)**



### 4.2 I RUOLI E GLI AMBITI DELLA GOVERNANCE DEL SISTEMA TERRITORIALE INTEGRATO

- 4.2.1 Il ruolo del Direttore socio sanitario nell'ottimizzazione della continuità assistenziale e nella personalizzazione del percorso di presa in carico
- 4.2.2 Il ruolo chiave del Direttore del Distretto nella nuova organizzazione territoriale
- 4.2.3 I Distretti
- 4.2.4 Le Zone sociali
- 4.2.5 I nodi dell'integrazione sociosanitaria
- Il PRINA: verso l'integrazione tra LEPS e LEA  
La coerenza del Piano con la riforma della non autosufficienza e la disabilità (legge delega 33/2023 e D. Lgs. 62/2024)
- 4.2.6 Il Percorso di Concertazione e Condivisione



**PSSR 2025-2030: SOMMARIO (4/14)**



### 4.3 GLI STRUMENTI DI GESTIONE DELLE RISORSE E DI PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ SULLA PERSONA

- 4.3.1 Gli strumenti di stratificazione e la valutazione della complessità assistenziale
- 4.3.2 La Valutazione Multidimensionale e gli strumenti per la presa in carico della persona  
La Valutazione Multidimensionale  
L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)
- Il setting e gli strumenti della valutazione multidimensionale
- Il progetto personalizzato: i piani individuali di presa in carico
- Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
- Il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)
- Il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI)
- Il Progetto di Vita
- 4.3.3 Il Budget di Salute
- 4.3.4 Il Budget di progetto di vita

## La partecipazione in funzione dell'integrazione



Piano Socio-Sanitario regionale 2025-2030



### Verso il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale: quali strumenti per la salute nel territorio?

LUNEDÌ 14 LUGLIO 10:00 - 17:00

SCUOLA UMBRA DI AMMINISTRAZIONE PUBBLICA

In un momento di grandi trasformazioni - invecchiamento della popolazione, incremento delle patologie croniche e delle fragilità, innovazioni tecnologiche - è tempo di ripensare i modelli di cura per renderli più vicini alle persone e ai loro bisogni reali, costruendo una nuova visione strategica per la Sanità e il Sistema di Welfare del futuro. Un appuntamento fondamentale per condividere insieme - istituzioni, professionisti, enti locali, terzo settore - le priorità e le innovazioni che guideranno la sanità umbra nei prossimi anni.



### Il Punto Unico di Accesso: porta di ingresso all'integrazione sociosanitaria

MARTEDÌ 9 SETTEMBRE 10:00 - 13:00

SCUOLA UMBRA DI AMMINISTRAZIONE PUBBLICA

Nella nuova organizzazione territoriale, prevista dal Piano Socio Sanitario Regionale, il Punto Unico di Accesso (P.U.A.) rappresenta la porta di ingresso ai servizi sociosanitari e sociali, in grado di prendere in carico e orientare i cittadini nei vari percorsi, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali dell'ente locale e quelle erogate dai servizi sanitari, attraverso una valutazione multidimensionale con il pieno coinvolgimento della persona.

In questa giornata, partendo dalle idee e dalle buone prassi emerse in occasione dell'evento dello scorso 14 luglio, saranno presentate le linee di indirizzo regionali per la costituzione dei PUA, presenti in tutti i territori dell'Umbria.



Workshop

### Percorso di costruzione del Piano Socio Sanitario Territoriale

DALL'ACCESSO AI SERVIZI ALLA PRESA IN CARICO  
DELLA PERSONA: STRUMENTI DI GESTIONE

21 Ottobre 2025

Ore 14:00-17:00

Sala Convegni Peccati-Crispolti

3<sup>o</sup> Piano Palazzo Broletto

Regione Umbria

## La valutazione multidimensionale dei bisogni

**Processo globale e dinamico interdisciplinare, multiprofessionale e multidisciplinare**, volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale e delle relative condizioni socio economiche della persona, per **definire i bisogni socio assistenziali** a garanzia del **miglioramento o del mantenimento del suo stato di salute**.

L'obiettivo è quello di **valutare le capacità funzionali ed i bisogni della persona** nelle sue diverse dimensioni, condividere le **aspettative, i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate**, nel rispetto del principio di **accesso equo ed universale ai servizi e alle prestazioni** offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine gli interventi e i **percorsi assistenziali e/o riabilitativi o costruire il progetto di vita personale e partecipato** garantendo l'utilizzo **equo ed appropriato delle risorse**.

## La stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Partendo **stratificazione del rischio** sulla base dei bisogni socioassistenziali è possibile attuare i principi della **sanità di iniziativa**, garantendo interventi **appropriati per livelli di complessità** in una logica di **continuità assistenziale integrata** in un'ottica di continuità temporale con **rivalutazioni periodiche**.

Complessità

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

Classificazione del bisogno di salute	Condizione clinica/sociale	Bisogno/intensità assistenziale	Azioni (presa in carico derivante)
<b>I Livello</b> Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
<b>II livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
<b>III livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
<b>IV livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale media-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
<b>V livello</b> Persona con complessità clinico assistenziale elevata con avanzata fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficiente) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali
<b>VI livello</b> Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistono più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al caregiver, in relazione ai bisogni socioassistenziali

## Il Percorso di presa in carico

### Il PUA (Punto Unico di Accesso)

Previsto nella **Casa della Comunità**, che ne costituisce la sede operativa.

La finalità principale è **rispondere ai bisogni dei cittadini**, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali dell'ente locale e quelle erogate dai servizi sanitari, tramite una **valutazione multidimensionale con il pieno coinvolgimento della persona**.

I destinatari sono le **singole persone e le famiglie** residenti o temporaneamente presenti sul territorio, che esprimono un bisogno sanitario, socio sanitario o sociale, soprattutto se in condizione di fragilità e vulnerabilità sanitaria e/o sociale.



## Funzioni del PUA

Fornire risposte integrate, complete e appropriate ai bisogni attraverso la lettura multidimensionale del bisogno la presa in carico multiprofessionale, attraverso:

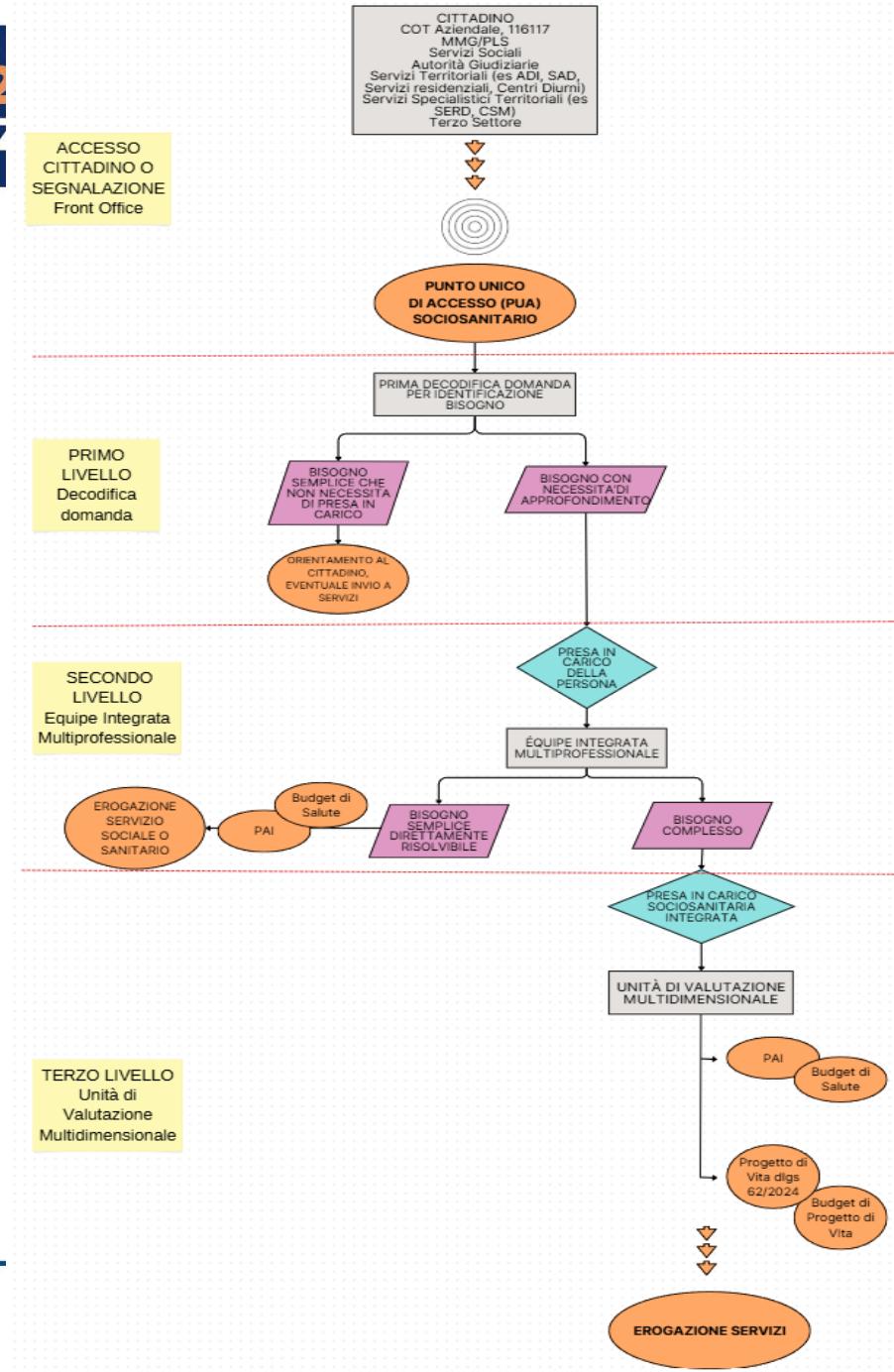
- attività di **informazione e orientamento** ai cittadini sui diritti, sui servizi e gli interventi del sistema locale socio sanitario e sociale
- **accoglienza e ascolto**; raccolta della segnalazione, orientamento e gestione della domanda;
- **decodifica della domanda** ed analisi dei bisogni;
- prima valutazione dei casi e risoluzione dei casi semplici;
- **avvio della segnalazione per la presa in carico delle situazioni complesse** tramite l'attivazione dell'équipe multiprofessionale integrata ed integrazione con i servizi della rete territoriale;
- **invio alla UVM** per la valutazione e la conseguente definizione di un **progetto personalizzato**;
- **attivazione di canali comunicativi** con i MMG e i PLS per facilitare interventi integrati tra i servizi territoriali socio sanitari;
- **raccolta dei dati** e delle informazioni utili all'orientamento della **programmazione dell'offerta dei servizi**;
- **monitoraggio e valutazione di esito** dei processi avviati.

## Livelli organizzativi e standard di funzionamento

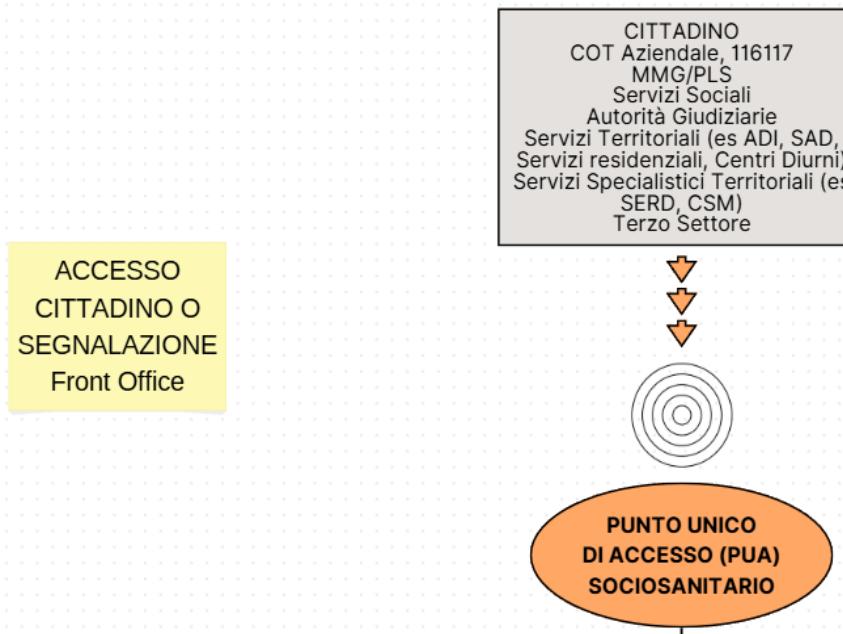
Il **modello organizzativo** del PUA si articola in attività di accoglienza e orientamento (**front office**) e in tre livelli di successiva valutazione ed eventuale presa in carico della persona:

- I. **Back office di I livello:** decodifica della domanda;
- II. **Back Office di II livello:** équipe integrata multiprofessionale;
- III. **Unità di Valutazione Multidimensionale.**

Il **funzionamento** dei singoli PUA è definito dagli **Accordi di programma**, accordi interistituzionali tra Aziende USL e Zone Sociali, che sanciscono la necessaria sinergia istituzionale **volta al conseguimento dell'integrazione tra LEA e LEPS**.



## Front Office: accoglienza/ricezione della segnalazione



L'accesso alle sedi dei PUA può essere effettuato direttamente da parte della persona interessata, di un familiare/tutore giuridico/amministratore di sostegno ovvero tramite il MMG/PLS o su **segnalazione di altri servizi** sanitari (COT, 116117) e/o sociali o del Terzo settore.

Il personale del *front office*:

- **Accoglie tempestivamente**
- **Fornisce informazioni** sull'accesso ai servizi,
- **Oriente** l'utente (o la famiglia)
- **Indirizzandoli a specifici servizi** non di propria competenza
- **Inoltra** l'istanza, tramite la **Scheda di Accoglienza** per la registrazione dell'accesso, al back office di I livello.

**Standard organizzativi:** personale amministrativo formato per comprendere le istanze e bisogni manifestati dalle persone che vi accedono direttamente o inoltrate da parte dei servizi.  
Apertura dal lunedì al venerdì per n. 8 ore/die, il sabato per n.6 ore/die.

**Strumenti:** Scheda di Accoglienza per registrazione accesso

## Back office di I livello: decodifica della domanda

Il **Back office di I livello** riceve la segnalazione dal **Front office**.

Effettua una **prima valutazione** dei bisogni con **decodifica della domanda** e **proposta di relativo percorso**, effettuata dai professionisti di area sanitaria e sociale.

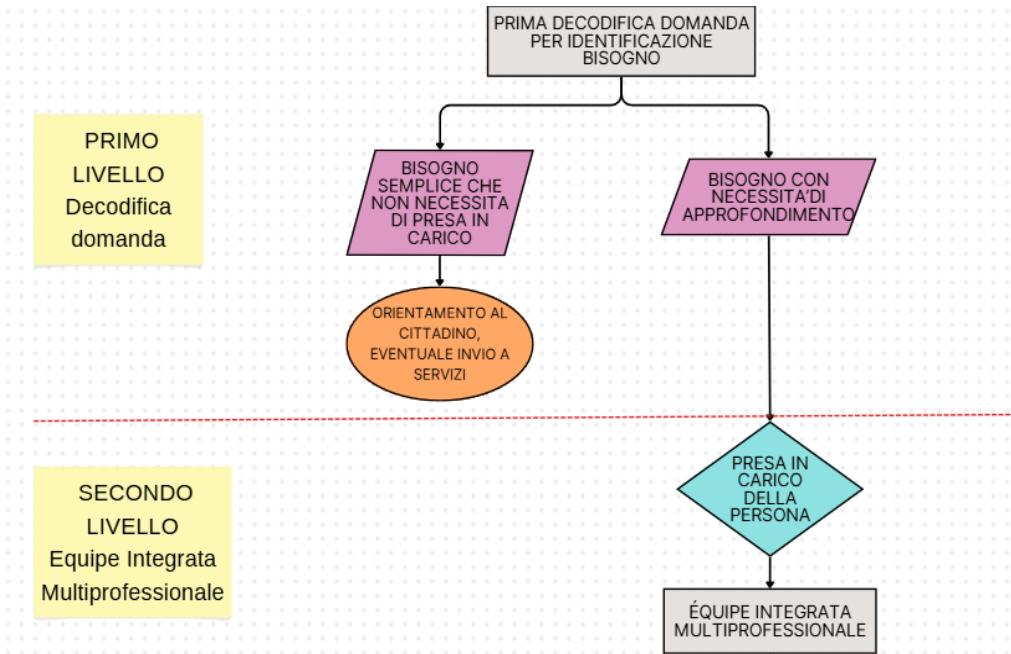
- Per le **situazioni che non richiedono una presa in carico integrata o l'attivazione di servizi integrati**, ma che sono riconducibili ad uno specifico ambito di pertinenza (sanitario o sociale), al **back office di primo livello** compete l'**orientamento del cittadino** o l'**attivazione diretta dei servizi necessari**.
- Per le situazioni che **richiedono una presa in carico integrata o l'attivazione di servizi integrati**, la persona viene **presa in carico dall'equipe integrata multiprofessionale per il necessario approfondimento**.

**Standard organizzativi:** Coordinatore infermieristico Distretto/CdC; Assistenti Sociali PUA (Aziende USL e Zona Sociale)

**Strumenti:** la descrizione degli strumenti sarà approfondita nello specifico paragrafo del Piano Socio Sanitario.

**Output:**

- ORIENTAMENTO/INVIO A SERVIZIO
- INVIO E PRESA IN CARICO DELL'ÉQUIPE INTEGRATA MULTIPROFESSIONALE



## Back office di II livello: equipe integrata multiprofessionale

Il **Back office di II livello**, svolto attraverso l'**equipe integrata multiprofessionale**, ha il compito di effettuare la **valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale della persona attraverso un approccio bio-psico-sociale**, tenendo conto sia delle limitazioni, quanto delle potenzialità del soggetto e del suo contesto di vita, per il recupero del raggiungimento del **più alto livello di autonomia e soddisfazione dei bisogni**.

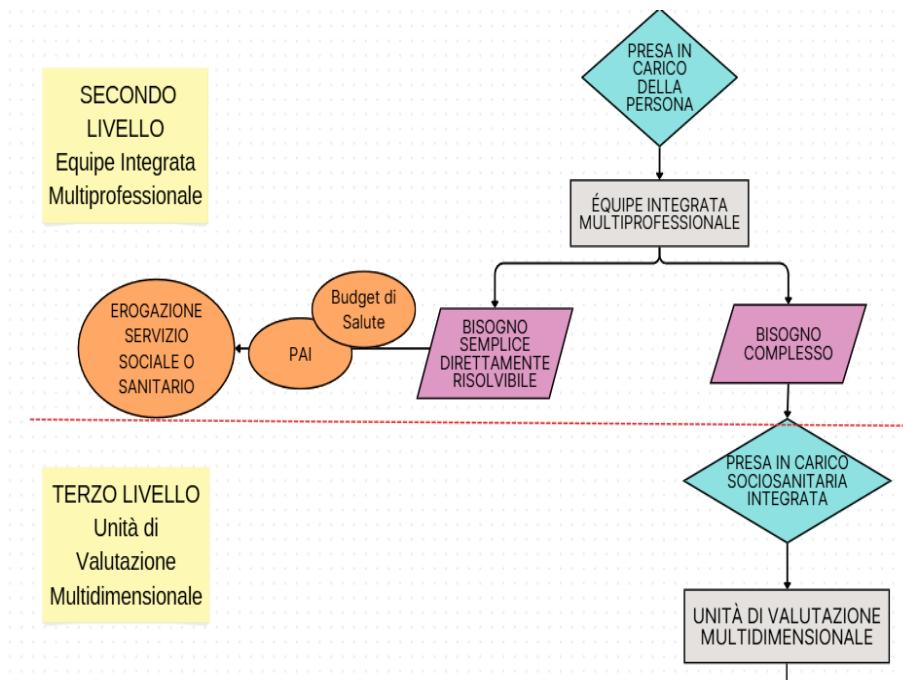
- Se la valutazione esita in un **bisogno semplice (prevalentemente monodisciplinare) e direttamente risolvibile**, vengono attivati i Servizi competenti per la definizione di interventi strutturati nel tempo, con la elaborazione di un PAI/PRI o con l'inserimento in un PDTA.
- Se il **bisogno rilevato dall'equipe è complesso** e necessita di una presa in carico socio sanitaria integrata, l'equipe attiva il **successivo livello di valutazione, l'unità di valutazione multidimensionale (UVM)**.

**Standard organizzativi:** Dovrà essere garantita la presenza di un nucleo minimo composto da MMG/PLS, Medici di distretto, IFoC e Assistenti Sociali PUA (Aziende USL e Zona Sociale). Per le situazioni a maggiore complessità clinico/assistenziale saranno coinvolte le ulteriori figure professionali di cui alla tab.1 par.3, Allegato DM 77/2022.

**Strumenti di valutazione:** la descrizione degli strumenti sarà approfondita nello specifico paragrafo del Piano Socio Sanitario.

**Output:**

- PAI/PTR/PRI/PDTA/...
- Budget di Salute
- **Invio a Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)**



## L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

Attivata dall'equipe integrata multiprofessionale quando il **bisogno della persona è rilevato come "complesso"** e necessita di

- Una **presa in carico socio sanitaria integrata** e l'attivazione di **servizi integrati**;
- Una valutazione di **appropriatezza, di fattibilità e di equità** rispetto all'utilizzo delle risorse
- L'attivazione di **strumenti e servizi** con impegno relativo di spesa sociale o sanitaria
- 

L'UVM, come stabilito dalle Linee di Indirizzo e di Governance regionali in materia di sperimentazione del **DLgs 62/2024**, viene direttamente attivata dal **front office del PUA** qualora riceva dal Comune di residenza della persona con disabilità (Titolare del Procedimento) la richiesta di **valutazione ed elaborazione del Progetto di vita individuale partecipato personalizzato**.

La **valutazione multidisciplinare e multidimensionale** dell'UVM consente di **identificare le aspettative, i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate**, nel rispetto del principio di accesso equo ed universale ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine le risorse appropriate in termini di personale e servizi.

Il momento valutativo punta a realizzare un percorso di approfondimento – svolto collegialmente dall'UVM – finalizzato a **definire gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e aspettative**, il profilo di funzionamento nei diversi ambiti di vita, l'Individuazione di barriere e facilitatori e competenze adattive, le valutazioni su profilo di salute fisica, mentale, intellettuale, sensoriale sui bisogni della persona e ai domini della qualità della vita.

## L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)

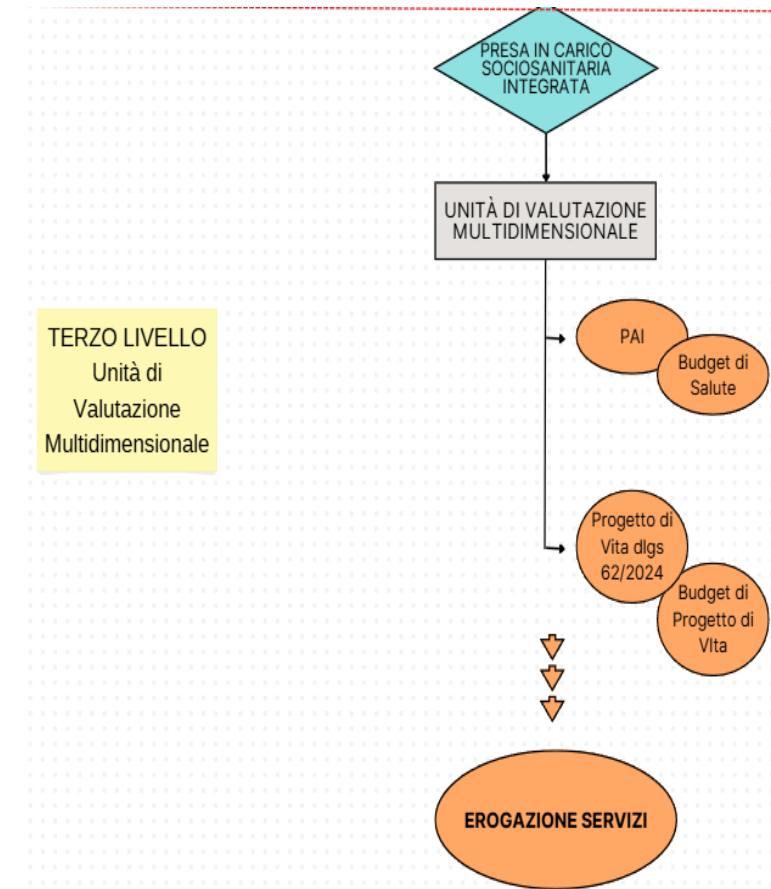
**Standard organizzativi:** team fisso (nucleo stabile - personale sanitario, amministrativo e sociale del Distretto e della Zona Sociale, MMG/PLS della persona) integrata nelle sue articolazioni specialistiche (**UVM specialistica**) da **figure professionali specifiche per le aree dei minori, degli adulti, degli anziani** delle persone con disabilità che richiedono l'elaborazione del Progetto di vita ai sensi del Dlgs 62/2024, per la salute mentale, per gli anziani non autosufficienti, etc. rappresentanti della **scuola**, rappresentanti dei servizi di **inserimento lavorativo (ARPAL)**.

Può inoltre essere integrata da altri soggetti, da attivare **su richiesta del Nucleo Stabile e/o della persona in valutazione**, per consentire **la migliore definizione delle strategie e delle soluzioni da adottare** in riferimento agli obiettivi che la persona intende raggiungere nell'ambito del proprio percorso/progetto personalizzato di assistenza.

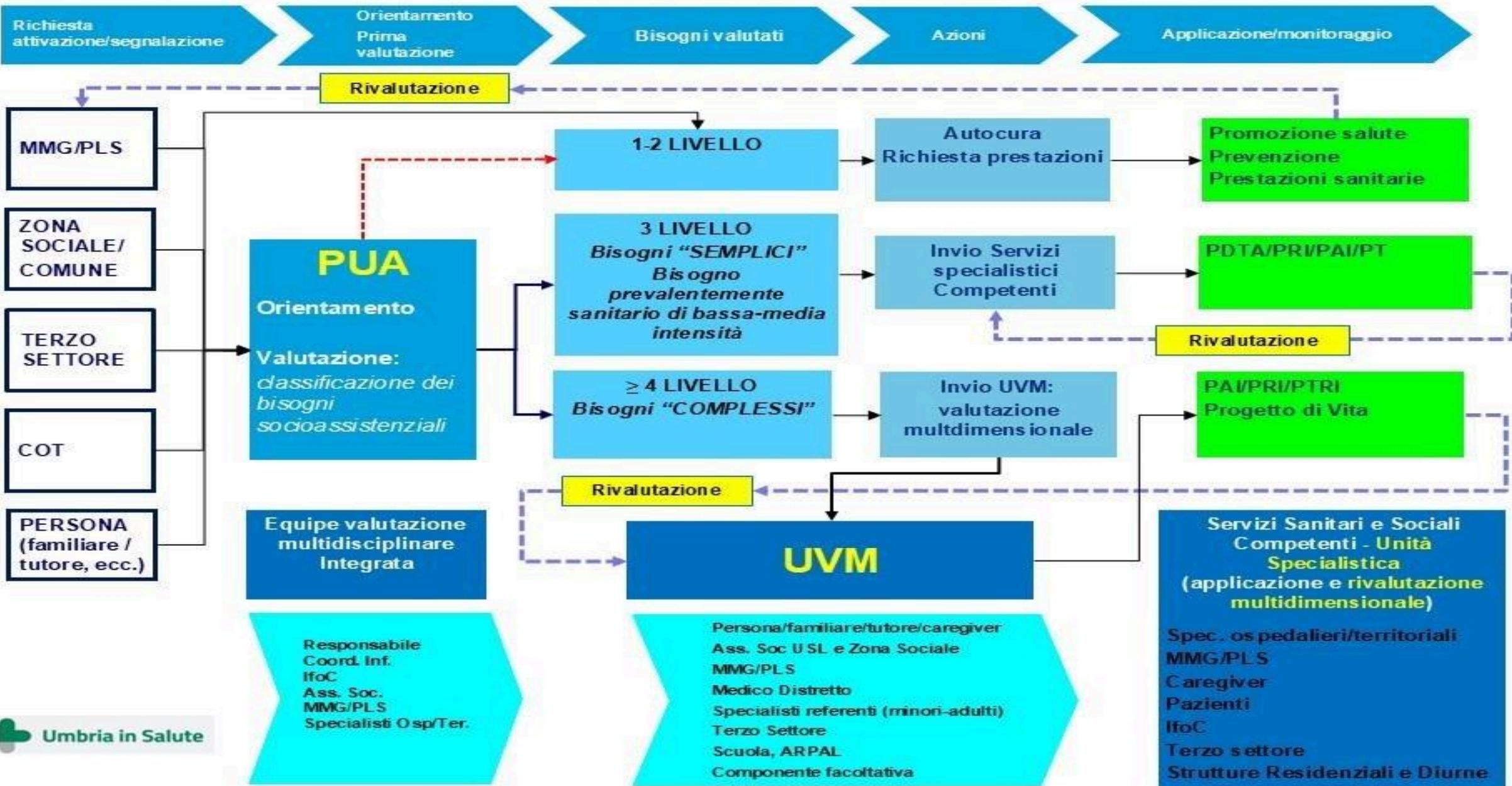
**Strumenti:** la descrizione degli strumenti sarà approfondita nello specifico paragrafo del Piano Socio Sanitario.

**Output:**

- PAI, PTRI, PRI, Progetto di Vita Individuale personalizzato partecipato
- **Budget di Salute/Budget di Progetto di Vita** (solo nel caso di elaborazione del Progetto di Vita Individuale personalizzato partecipato)
- Individuazione *case manager/referente per l'attuazione del progetto di vita* (solo nel caso di elaborazione del progetto di vita individuale personalizzato partecipato)
- **Definizione, Monitoraggio ed eventuale rivalutazione**



# La valutazione multidimensionale in funzione della presa in carico



# Grazie.