

SERVIZIO SANITARIO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°2
Olbia

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE N° ¹²⁷² DEL 29 / 05 / 2012

OGGETTO : Approvazione Protocollo denominato " **Gestione del processo di dimissioni protette per pazienti non autosufficienti**"

L'anno duemiladodici addi _____ del mese di _____

in Olbia, nella sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale n° 2.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott Giovanni Antonio Fadda

Sentiti i pareri favorevoli del

DIRETTORE AMMINISTRATIVO .

Dott. Giorgio Tidore

e del

DIRETTORE SANITARIO

Dr.ssa Maria Serena Fenu

- Vista** la L.R. n°23 del 23.12.2005 di riordino del sistema integrato dei servizi alla persona e, in particolare l'art. 32 lett.a) il quale impone alle Aziende Sanitarie di predisporre punti unitari di accesso ai servizi sociosanitari;
- Vista** la deliberazione di Giunta della RAS n° 75 del 21 Febbraio 2006, con la quale è stata disposta l'istituzione del Punto Unico di Accesso e delle Unità di Valutazione Territoriale;
- Richiamate** le deliberazioni di questa ASL n° 839 del 17.10.2006 con la quale si costituiva il P.U.A. Aziendale e la deliberazione n° 1535 del 27.12.2006 di costituzione delle UU.VV.TT. dei distretti di Olbia e Tempio;
- Rilevata** la necessità di garantire la continuità assistenziale nel percorso domicilio – ospedale – domicilio o casa di riposo/RSA ai pazienti fragili e non autosufficienti ;
- Ritenuto** opportuno in conseguenza di quanto su esposto adottare un protocollo relativo alla gestione del processo di dimissioni protette per pazienti non autosufficienti, al fine di permettere una maggiore fruibilità delle risorse tra ospedale e territorio;
- Visto** il D.Lgs 30 dicembre 1992 n°502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista** la L.R. 28.7.2006 , n.10 e successive modificazioni ed integrazioni;

DELIBERA

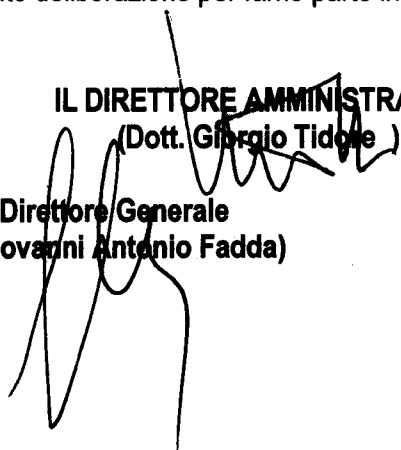
- Di approvare il protocollo denominato " Gestione del processo di dimissioni protette per pazienti non autosufficienti" allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale



IL DIRETTORE SANITARIO
(Dr.ssa Maria Serena Fenu)



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
(Dott. Giorgio Tidore)

IL Direttore Generale
(Dr. Giovanni Antonio Fadda)



Distretto
Dr.ssa A. M Sanna 
Coll. Amm. M. DeRosas 

(DA COMPILARSI A CURA DEL SERVIZIO /STRUTTURA PROPONENTE/ESTENSORE)

(Luogo e data) _____/_____/_____

La presente deliberazione:

è soggetta al controllo ai sensi dell'art. 29, comma 1 lettera a), b), c), della legge regionale 28.7.2006 n° 10.

oppure

deve essere comunicata al competente Assessorato regionale ai sensi dell'articolo 29, comma 2, della Legge Regionale 28.7.2006 n° 10

Il Responsabile del Servizio/Struttura _____ (proponente /estensore)

(Firma) _____

Si certifica che la presente deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio dell'Azienda Sanitaria Locale n° 2

dal 29/05/2012 e che:

è esecutiva dal giorno della pubblicazione ai sensi della Legge Regionale 28.7.2006 n° 10.

con lettera in data ____/____/_____, protocollo n° _____ è stata inviata all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e

Assistenza Sociale per il controllo di cui all'art. 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n° 10.

Olbia, 29/05/2012 Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

La presente deliberazione:

è divenuta esecutiva, ai sensi dell'art. 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n.10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n° _____ del ____/____/____.

è stata annullata, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10, in virtù della Determinazione del Direttore del Servizio _____ dell'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale n° _____ del ____/____/____.

è divenuta esecutiva per decorrenza dei termini per il controllo, ai sensi dell'articolo 29 della Legge Regionale 28.7.2006 n. 10.

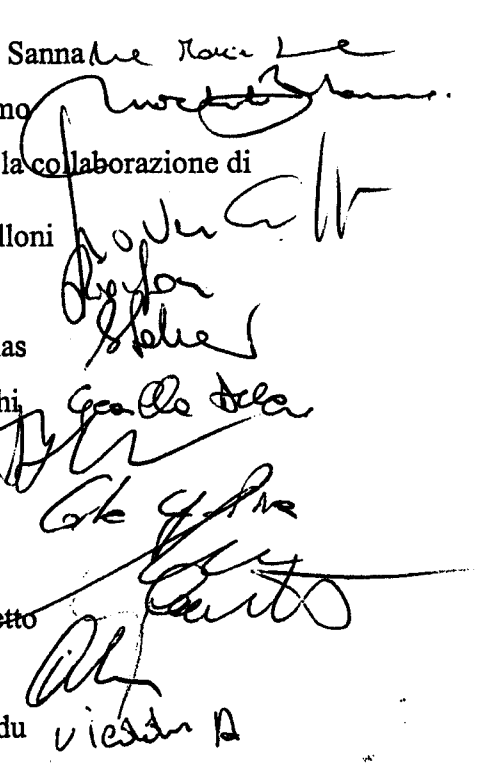

Olbia, ____/____/____. Il Responsabile del Servizio Affari Generali e Legali

Per copia conforme all'originale esistente agli atti della Azienda Sanitaria Locale n° 2, per uso _____ Olbia -

____/____/____ Il Responsabile Servizio Affari Generali e Legali

**DISTRETTO DI OLBIA
 PRESIDIO OSPEDALIERO DI OLBIA
 PRESIDIO OSPEDALIERO DI LA MADDALENA**

**PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE
 DIMISSIONI PROTETTE
 PER PAZIENTI NON AUTOSUFFICIENTI**

REVISIONE	DATA	REDAZIONE	GRUPPO DI LAVORO	VALIDAZIONE
0	08\02\2012	Dott.ssa Anna Maria Sanna Dott. Michele Balsamo con la collaborazione di Dott. Giovanni Casalloni Dott.ssa Piera Sau Dott.ssa Elvira Solinas Dott. Giovanni Secchi Dott. Attilio Bua Dott. Luigi Presenti Sig.ra Pina Corda Dott. Giuseppe Canetto Dott. Salvatore Ortu Sig. Antonello Nieddu		DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE 

1	INDICE	2
2	INTRODUZIONE	3
3	OBIETTIVO	3
4	DESTINATARI	4
5	BISOGNI ASSISTENZIALI	4
6	OPERATORI COINVOLTI	5
7	IL PERCORSO	6
8	PERCORSO C.D.I. - CURE PALLIATIVE	6
9	DIMISSIONE	7
10	MONITORAGGIO E VERIFICA	8
11	RISORSE IMPIEGATE	8
12	VALUTAZIONE	9
13	RISULTATI ATTESI	9
14	DIAGRAMMA DI FLUSSO	10
15	SPERIMENTAZIONE	11
16	DIVULGAZIONE	11

INTRODUZIONE

La recente normativa regionale prevede un nuovo sistema di presa in carico socio-sanitario. Il sistema si avvale di una unità di valutazione multi-professionale e multidisciplinare denominata **Unità di Valutazione Territoriale** e di un sistema di accesso ai servizi sanitari, sociali e socio-sanitari unificato, definito **Punto Unico di Accesso**. I PUA sono strutture territoriali che garantiscono l'accesso integrato e si occupano di accogliere le segnalazioni dei pazienti fragili e non autosufficienti.

Il PUA funge anche da riferimento per tutti i cittadini in dimissione dall'Ospedale e che necessitano di essere presi in carico dai servizi socio-sanitari territoriali. Pertanto, il PUA è anche il centro di raccolta delle segnalazioni relative alle dimissioni cosiddette "protette"; con quest'ultimo termine si intende la dimissione di un paziente che ha problemi sanitari o socio-sanitari per rispondere ai quali è necessario definire gli obiettivi terapeutico/assistenziale integrati già al momento della dimissione.

L'OBIETTIVO da perseguire è quello di garantire la continuità assistenziale nel percorso domicilio - ospedale - domicilio o casa di riposo/RSA, riducendo i problemi che le persone malate e le famiglie incontrano nel momento della dimissione predisponendo il progetto assistenziale prima della dimissione dall'ospedale con l'integrazione dei diversi operatori.

Per la realizzazione di tale procedura è necessario:

- individuare in modo chiaro ed immediato i soggetti fragili, che necessitano di percorsi di continuità assistenziale;
- migliorare e sviluppare la continuità assistenziale;
- promuovere e diffondere una più adeguata conoscenza dei servizi ospedale-territorio da parte dei familiari e, se possibile, di pazienti/utenti, nel processo di cura anche mediante la distribuzione di materiale informativo cartaceo;
- individuare la capacità della famiglia di prendersi cura della persona malata promuovendone, ove possibile, un ruolo attivo nei compiti di assistenza (rilevazione dei bisogni sociali da parte dell'assistente sociale del P.O.);
- informare e addestrare i familiari sulla gestione del paziente;
- definire gli operatori coinvolti nell'assistenza a domicilio;
- definire il piano assistenziale integrato fra i diversi operatori (operatori ospedalieri e operatori territoriali).

DESTINATARI

Pazienti/utenti fragili, sia dal punto di vista sanitario sia dal punto di vista sociale, siano essi adulti o anziani. Nello specifico si possono individuare:

Profilo 1: Pazienti che hanno difficoltà a gestire autonomamente la cura di sé, del proprio ambiente di vita, le proprie relazioni sociali, con funzioni cognitive dubbie, autonomia limitata e impossibilità/difficoltà a raggiungere autonomamente i luoghi di erogazione delle cure, in difficoltà nell'assunzione autonoma della terapia, con assente o insufficiente compensazione della rete familiare, che necessitano al momento delle dimissioni di servizi sociali e sanitari al domicilio.

Profilo 2: Pazienti per i quali attivare il percorso UVT: persone non autosufficienti o con grave disabilità che presentano un elevato grado di dipendenza, che necessitano di essere assistite e sostenute nelle funzioni elementari della vita (cura di sé, del proprio ambiente di vita, relazioni sociali) e/o abbisognano di prestazioni sociali e sanitarie continuative, che comportano l'attivazione della complessa rete dei servizi sociali e sanitari.

BISOGNI ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN DIMISSIONE PROTETTA

I pazienti per i quali si rende indispensabile la dimissione protetta sono gli utenti con elevata complessità socio-sanitaria, affetti dalle seguenti patologie:

- malati terminali;
- malattie progressivamente invalidanti e che necessitano di interventi complessi;
- incidenti vascolari acuti;
- gravi fratture in anziani;
- forme psicotiche acute gravi;
- riabilitazione di vasculopatici;
- riabilitazione in neurolesi;
- malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro):

**DISTRETTO DI OLBIA
PRESIDIO OSPEDALIERO DI OLBIA
PRESIDIO OSPEDALIERO DI LA MADDALENA**

Inoltre, l'Accordo Integrativo Regionale della Regione Sardegna prevede l'attivazione per le seguenti patologie:

- **Malattie Oncologiche;**
- **AIDS;**
- **Malattie cardio-respiratorie scompensate.**

E portatori dei seguenti bisogni assistenziali, quali:

- **Nutrizione artificiale;**
- **Gestione di cateteri e stomie;**
- **Gestione di apparecchi per la respirazione;**
- **Trattamento e prevenzione delle piaghe da decubito;**
- **Gestione della terapia del dolore;**
- **Gestione terapia infusionale;**
- **Gestione sondino naso-gastrico e PEG;**
- **Gestione catetere venoso centrale;**
- **Trattamento ulcere distrofiche agli arti;**
- **Monitoraggio frequente del bilancio idrico, alimentare e parametri vitali;**
- **Trattamenti riabilitativi e logopedici.**

Al momento, il Servizio Infermieristico Territoriale svolge attività 5 giorni su 7 in orario antimeridiano.

OPERATORI COINVOLTI

Data la tipologia e la complessità dei casi si rende indispensabile coinvolgere tutti i soggetti che dovranno prendere in carico i pazienti durante e dopo la dimissione, quali:

- **il medico del reparto, la caposala e/o l'infermiera professionale referenti del caso clinico;**
- **il medico distrettuale, il MMG, l'infermiera referente dell'assistenza domiciliare;**
- **la famiglia/caregiver;**
- **il servizio sociale del Comune di residenza del paziente.**

IL PERCORSO

- 1) Il medico ospedaliero responsabile del paziente e/o la caposala del reparto segnalano al Punto Unico di Accesso, 4 giorni lavorativi prima (ad esclusione del sabato e domenica) della data prevista, la dimissione protetta del paziente mediante l'invio della scheda di segnalazione informatizzata, attualmente in uso nelle Uu. Oo., che deve essere compilata in ogni sua parte includendo le informazioni di carattere medico, infermieristico, riabilitativo e sociale.
- 2) Il PUA, ricevuta la segnalazione dall'Ospedale, provvede a concordare un incontro in reparto con gli operatori ospedalieri responsabili del caso clinico.
- 3) Successivamente il PUA convocherà l'U.V.T. (composta da un medico di Distretto, un'Infermiera e un Assistente Sociale, integrati di volta in volta dal medico di famiglia e altre figure specialistiche se necessarie) per una valutazione multidisciplinare e multidimensionale delle necessità assistenziali utili alla definizione del programma terapeutico e dell'eventuale segnalazione ad altri soggetti (Comune), elaborando, quindi, un Progetto Assistenziale Personalizzato, condiviso con il paziente e con la famiglia. Il progetto deve essere il più possibile appropriato e verificabile nella sua efficacia, garantendo una adeguata risposta ai problemi posti alla dimissione protetta. Ecco perché diventa di fondamentale importanza rispettare i termini del presente protocollo sia da parte del territorio sia da parte dell'Ospedale.
- 4) L'U.V.T. ha il compito di prendere contatti con il MMG, con il reparto ospedaliero e con la famiglia per concordare la dimissione e favorire il rientro a casa o l'attivazione di altri percorsi all'interno dell'offerta territoriale, con l'obbligo di esprimere comunque un parere entro tre giorni dalla richiesta.

PERCORSO C.D.I. - CURE PALLIATIVE

Nel nostro territorio è attivo il Servizio di Cure Palliative Domiciliari Oncologiche (di seguito C.P.D.O.), costituito dal nucleo specialistico medico-infermieristico dell'Oncologia e dal MMG del singolo paziente. Data l'alta rilevanza assunta dall'assistenza ai pazienti in fase terminale, si ritiene opportuno definire un percorso dedicato, finalizzato al miglioramento dell'appropriatezza della segnalazione/proposta, all'ottimizzazione delle risorse e alla promozione delle cure palliative.

1. Il Medico Ospedaliero segnala al Punto Unico di Accesso, ponendo la situazione di bisogno dell'utente/paziente, nel rispetto della tempistica prevista.
2. Il PUA accerta la completezza dei dati, valuta la domanda ed invia, nel più breve tempo possibile, la segnalazione al Servizio di C.P.D.O. e, contestualmente, al dirigente medico referente per l'U.V.T. competente.

**DISTRETTO DI OLBIA
PRESIDIO OSPEDALIERO DI OLBIA
PRESIDIO OSPEDALIERO DI LA MADDALENA**

3. Entro 48 h dalla segnalazione il Servizio C.P.D.O. effettua la valutazione e, in caso di parere positivo, invia al PUA copia della valutazione ed eventuale programma di presa in carico. Contestualmente, il medico di distretto contatta il MMG/PLS dell'utente-paziente e concorda la data e l'ora per la seduta UVT.
4. L'U.V.T., composta dal medico e infermiere del Servizio C.P.D.O., dal medico di MG, dal medico di Distretto, dall'Assistente Sociale del Comune di Residenza, discute il caso, redige il progetto assistenziale e formula il Piano Attuativo degli Interventi. L'UVT stabilisce di volta in volta la necessità di effettuare eventuali verifiche del caso.

Il Servizio C.P.D.O. è attivo per 7 giorni la settimana secondo le seguenti modalità:

- Dal lunedì al venerdì, servizio attivo nelle 12 ore diurne (08.00-20.00); servizio in regime di reperibilità (medico + infermiere) nelle ore notturne (20.00-08.00), per le urgenze.
- Sabato, servizio attivo dalle 08.00 alle 14.00; servizio in regime di reperibilità (medico + infermiere) il pomeriggio (14.00-20.00) e le ore notturne (20.00-08.00).
- I festivi, servizio in regime di reperibilità (medico + infermiere) per 24 ore.

DIMISSIONE

Alla luce dell'esperienza maturata e dei disagi segnalati da parte di alcuni utenti che hanno usufruito dei servizi offerti, per una migliore funzionalità dei percorsi, è utile che il reparto dimettente garantisca:

- la segnalazione precoce o almeno quattro giorni prima della dimissione al Punto Unico di Accesso del Distretto di residenza del cittadino;
- la completezza della segnalazione;
- la programmazione dei successivi controlli con relativa prenotazione;
- la prescrizione dei farmaci necessari alla prosecuzione delle cure (punto di continuità ospedale - territorio o ricetta SSR);
- la prescrizione dei farmaci per la continuazione della terapia del dolore;
- la prescrizione di presidi/ausili necessari per il domicilio al paziente (decreto 27 agosto 1999, n° 332 del Ministero della Sanità) nei giorni precedenti la dimissione;
- la predisposizione del progetto di trattamento riabilitativo individuale;
- la predisposizione del piano di trattamento Nutrizione Artificiale Domiciliare;
- il piano di trattamento per l'ossigeno liquido ove questo fosse indicato.

MONITORAGGIO E VERIFICA

- 1 N° di casi segnalati al P.U.A. alla dimissione / N° di casi individuati come soggetti fragili all'ammissione in reparto. (= 100%)
- 2 Intervallo temporale, calcolato in giorni, tra il momento della comunicazione-segnalazione della dimissione e la data della effettiva dimissione.
- 3 Presenza del familiare durante la degenza per l'addestramento della somministrazione dei farmaci, terapia sottocutanea, insulino terapia e gestione P.E.G., addestramento all'igiene personale e mobilizzazione.
- 4 Presenza al domicilio di presidi/ausili, prescrizione farmaci e relativa terapia, piani terapeutici, di progetto riabilitativo, di piano di trattamento di nutrizione artificiale domiciliare, del piano di trattamento per l'ossigeno liquido, l'avvenuta consegna della brochure informativa sulle Cure Domiciliari Integrate.
- 5 Servizi a domicilio attivati al momento della dimissione (sanitari e sociali).
- 6 N° di ricoveri recidivi entro 15 giorni dalla dimissione. (escluso i ricoveri per eventi avversi non prevedibili).
- 7 N° di attivazioni A.D.I. per dimessi dall'ospedale 15 giorni prima. (escluso quelli attivati per motivi non riferibili alla pregressa dimissione)

RISORSE IMPIEGATE

Il tempo impiegato per l'organizzazione è un tempo che viene poi recuperato poiché da una parte può contribuire a rendere il ricovero più breve e dall'altra a prevenire problemi che possono presentarsi a domicilio.

Per la realizzazione di tale percorso, le risorse utilizzate sono le seguenti:

- 1) N. 91 MMG;
- 2) N.13 Infermieri;
- 3) N. 1 OSS;
- 4) N. 1 Responsabile Servizio Infermieristico del Distretto di Olbia;
- 5) U.O. Coinvolte: Pronto Soccorso, Medicina, Chirurgia, Ortopedia, Oncologia del P.O. di Olbia e Medicina del P.O. di La Maddalena;

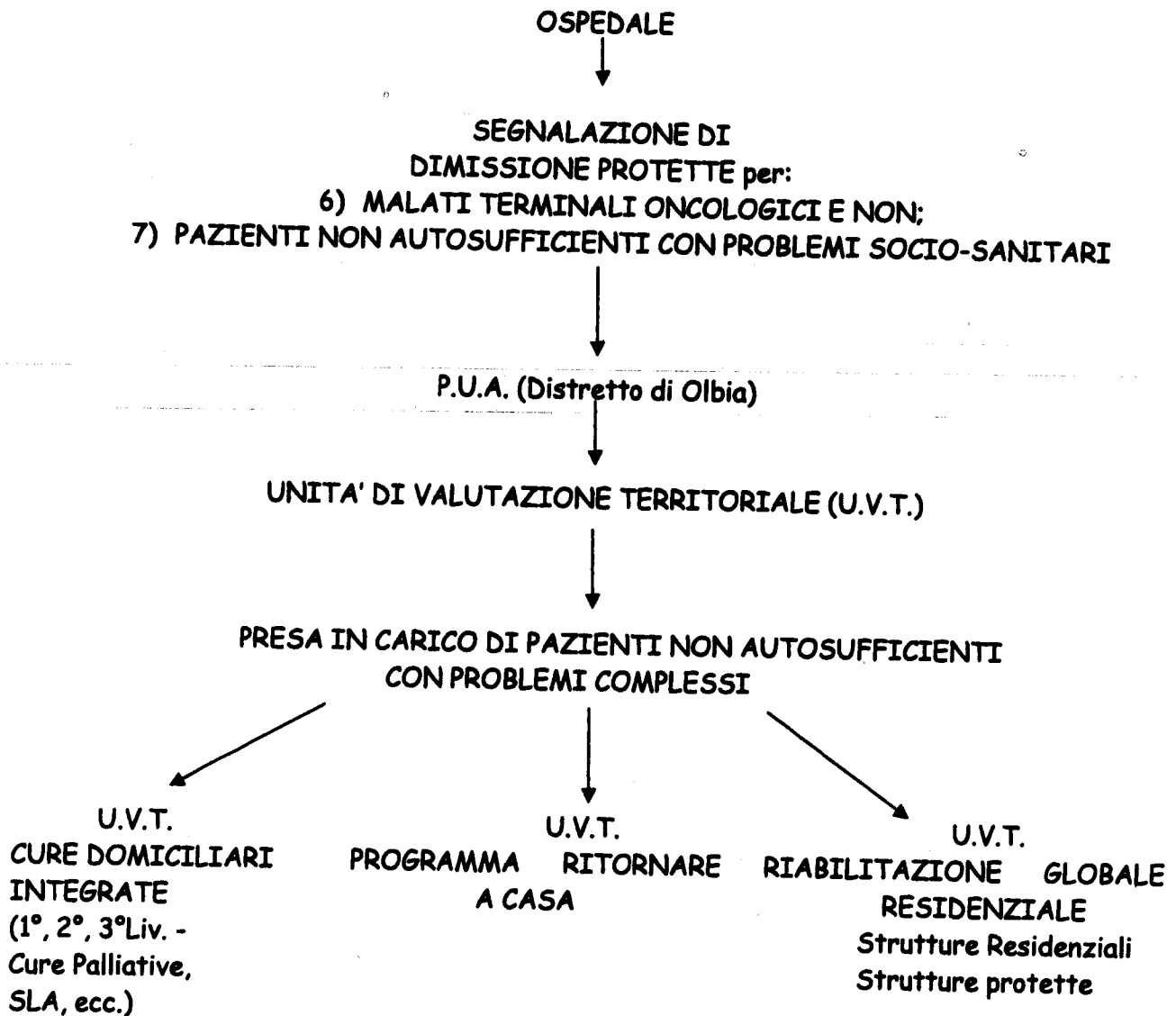
VALUTAZIONE

E' necessario operare una valutazione, a 6 e 12 mesi dalla sigla del protocollo, per verificare l'efficacia e la realizzabilità del protocollo, raccogliendo aspetti positivi e criticità.

RISULTATI ATTESI

Obiettivo	Risultato atteso
<ul style="list-style-type: none">• Individuare in modo chiaro e immediato i soggetti fragili, che necessitano di percorsi di continuità assistenziale.	<ul style="list-style-type: none">• Classificazione puntuale del paziente/utente secondo i profili 1 e 2 (in fase di dimissione).
<ul style="list-style-type: none">• Migliorare e sviluppare la continuità assistenziale.	<ul style="list-style-type: none">• Condizione sanitaria e sociale compatibile con il rientro al domicilio.• La comunicazione della dimissione è avvenuta almeno 5 giorni prima.
<ul style="list-style-type: none">• Promuovere un ruolo attivo del familiare e, se possibile, del paziente, nel processo di cura.• Promuovere e diffondere una più adeguata conoscenza dei servizi ospedale-territorio da parte dei familiari e dei pazienti utenti.	<ul style="list-style-type: none">• Caregiver/paziente addestrato e formato in merito a: modi e tempi di assistenza da garantire al proprio familiare.• Conoscenza dei servizi da parte del familiare/caregiver/paziente.
<ul style="list-style-type: none">• Permettere una maggiore fruibilità ed efficacia delle risorse tra ospedale e territorio, con particolare riferimento all'assistenza a domicilio, sia di competenza sanitaria, sia sociale.	<ul style="list-style-type: none">• Presenza dei servizi a domicilio al momento della dimissione.
<ul style="list-style-type: none">• Favorire la prevenzione/riduzione dei casi di ricovero recidivo	<ul style="list-style-type: none">• Riduzione dei ricoveri recidivi

DIAGRAMMA DI FLUSSO



L'indirizzo e i recapiti telefonici del **PUNTO UNICO DI ACCESSO** del Distretto di Olbia sono i seguenti:

PUA - Ospedale S. Giovanni di Dio, Viale Aldo Moro, Piano Terra
Tel. 0789-552.625 Fax: 0789-552641
Orari di apertura al pubblico: dal Lunedì al Venerdì 9.00-13.30

SPERIMENTAZIONE

L'attuazione del protocollo contempla una prima fase di sperimentazione della durata di 6 mesi prevedendo eventuali modifiche sulla base dei primi risultati emersi dalla sperimentazione stessa.

La fase di sperimentazione inizierà il 01 marzo 2012 e terminerà il 01 settembre 2012 coinvolgendo le Uu. Oo. di Pronto Soccorso, Medicina, Chirurgia, Ortopedia, Oncologia del P.O. di Olbia e Medicina del P.O. di La Maddalena, il P.U.A. del Distretto di Olbia, le Uu. Vv. Tt. e il Servizio di Cure Domiciliari Integrate del Distretto di Olbia.

Durante la fase di sperimentazione, nel rispetto dei rispettivi carichi di lavoro e per una migliore organizzazione delle attività, si concorda di individuare, di massima, nella giornata di mercoledì di ogni settimana il momento migliore per effettuare le valutazioni degli utenti/pazienti per i quali è stata necessaria effettuare una segnalazione al P.U.A. e che, se il caso è complesso, richiede una valutazione da parte dell'U.V.T..

DIVULGAZIONE

Per interesse primario

- Direttori e dirigenti delle Unità Operative di degenza.
- Caposala e infermieri delle Unità Operative di degenza.
- Personale amministrativo delle Unità Operative di degenza.
- Direttori sanitari di Presidio Ospedaliero.
- Dirigenti medici distrettuali.
- Caposala e infermieri del Servizio Infermieristico Territoriale.
- Assistente Sociale Ospedaliero e del P.U.A.
- Personale amministrativo del P.U.A. e delle Uu. Vv. Tt.
- Il documento in formato elettronico è consultabile nello spazio intranet aziendale al seguente link: <http://>

Per conoscenza

- Direttore Generale
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo

Sarà compito delle Unità Operative coinvolte promuovere la conoscenza della procedura diffondendola a tutti i professionisti coinvolti e divulgare, agli utenti ed ai familiari l'allegata brochure informativa sulle Cure Domiciliari Integrate.

n. 1 allegato: Brochure Cure Domiciliari Integrate.

ATTIVITA' INFERMIERISTICHE TERRITORIALI:

Il Servizio è finalizzato all'erogazione di attività infermieristiche al domicilio dell'utente valutato dall'U.V.T. come paziente non autosufficiente e assistito in regime di Cure Domiciliari Integrate

- Prelievi ematici
- Gestione terapia infusionale
- Trattamento piaghe da decubito
- Trattamento ulcere distrofiche agli arti
- Gestione di apparecchi per la respirazione
- Gestione sondini naso-gastrico e P.E.G.
- Gestione catetere venoso centrale
- Assistenza alimentazione parenterale
- Gestione cateteri e stomie
- Sticks ematici ed urinari
- Educazione/Addestramento all'autocura
- Addestramento all'uso di presidi ed all'esecuzione di tecniche assistenziali rivolto ai familiari (care giver)



Punto Unico di Accesso

Tel. 0789/ 552625

Fax 0789/ 552641

Distretto di Olbia

Ex Ospedale San Giovanni di Dio
viale Aldo Moro, 07026 Olbia

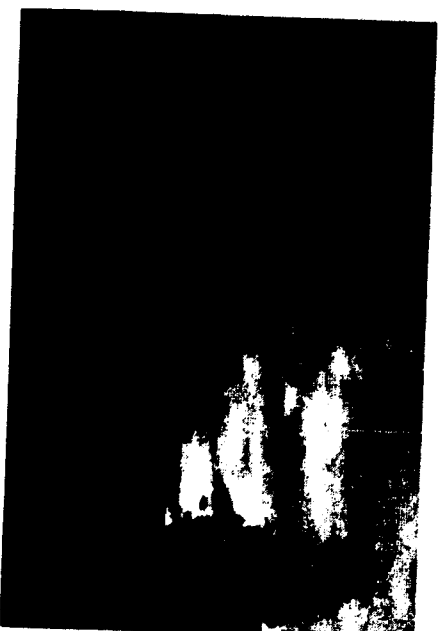


ASL Olbia

AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 2

DISTRETTO DI OLBIA

SERVIZIO DI CURE
DOMICILIARI INTEGRATE



SERVIZIO DI CURE DOMICILIARI INTEGRATE

CHE COSA E': Insieme di attività finalizzate a individuare un progetto assistenziale per persone con bisogni sanitari o sanitari e socio-assistenziali, in un percorso nel quale intervengono più figure professionali, attraverso l'utilizzo della scheda di valutazione multidimensionale e conseguente predisposizione di un "piano assistenziale personalizzato", condiviso con la famiglia e con l'attivazione di una risposta assistenziale interdisciplinare, coordinata e monitorata per il periodo ritenuto necessario.

CHI NE PUO' USUFRUIRE:

Soggetti affetti da particolari patologie, ad es.:

- Malati terminali
- Malattie progressivamente invalidanti che necessitano di interventi complessi
- Incidenti vascolari acuti
- Gravi fratture in anziani
- Riabilitazione in vasculopatici e neurolesi
- Malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie e altro)
- Dimissioni protette da strutture ospedaliere
- Gravi patologie dell'anziano in condizioni di fragilità
- Malattie Oncologiche
- AIDS
- Malattie cardio-respiratorie scompenstate.

COME SI OTTIENE:

Per richiederne l'attivazione occorre esporre i propri bisogni al **Punto Unico di Accesso**, direttamente o tramite il proprio Medico Curante. Per i pazienti ricoverati in ospedale la segnalazione è effettuata dai medici di reparto.

PUNTO UNICO DI ACCESSO (P.U.A.):

Il Punto Unico di Accesso, situato al piano terra dell'ex Ospedale "S. Giovanni di Dio" di viale Aldo Moro, (vecchio ospedale), è la porta d'ingresso ai servizi ed alle prestazioni assistenziali per le persone non autosufficienti e i loro familiari. Inoltre, ha la funzione di ricezione dei bisogni di assistenza e dell'attivazione della presa in carico dell'utente, permettendo al cittadino di usufruire del percorso assistenziale più appropriato al proprio bisogno.

COSA FA:

- Gli operatori del Punto Unico di Accesso (infermiere e assistente sociale) consegnano la scheda di segnalazione del bisogno e aiutano l'utente, o i suoi familiari, nella compilazione.

- Effettua la presa in carico dei bisogni dell'assistito distinguendo i casi "semplici" da quelli "complessi".

- Definisce la responsabilità clinica assegnandola al medico di medicina generale, pediatra di libera scelta.

- Per tutti i casi "complessi" o che ne necessitano invia la segnalazione ai Servizi Sociali del Comune di residenza dell'assistito.

- E' responsabile della trasmissione dei casi complessi alla **Unità di Valutazione Territoriale**.

UNITA' DI VALUTAZIONE TERRITORIALE (U.V.T.):

Finalità dell'Unità di Valutazione Territoriale è la valutazione dei bisogni complessi di natura socio-assistenziale e sanitaria di una persona ed in relazione a questi, l'individuazione di un progetto assistenziale appropriato, all'interno della rete di offerta di servizi disponibili sul territorio. E' costituita dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta, Medico del Distretto, Assistente Sociale, Infermiere referente del Territorio ed eventuali altri operatori coinvolti nella gestione del caso.

COSA FA:

1. Procede in tempi certi alla valutazione multidimensionale dell'assistito mediante l'utilizzo di appropriati strumenti, definendo un piano/programma/progetto di assistenza individuale condiviso dall'assistito e/o dai familiari.

2. Prevede l'integrazione fra servizi e operatori diversi (Medico di Medicina Generale/Pediatra di libera scelta, Infermiere, Medici specialisti, Servizi Sociali, Fisioterapista, ecc.).

3. Procede alla verifica dei risultati a scadenze prefissate.

4. E' responsabile dell'utilizzo appropriato delle risorse.

5. Procede nella rilevazione epidemiologica dei bisogni per indirizzare la programmazione della rete di offerta.

6. Definisce le priorità assistenziali.