2013

ASLNuoro

Il Punto Unico d'Accesso

Unità di Valutazione Territoriale

Gennaio 2013

INDICE

Art.2 Campo di applicazione e destinatari 3

Art 3 Terminologia e abbreviazioni 3

Art. 4 Modalità esecutive 7

4.2 PROCESSO DI ACCETTAZIONE 8

4.3 PROCESSO DI INQUADRAMENTO 10

4.4 PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE 12

4.5 PROCESSO DI MONITORAGGIO 14

4.6 PROCESSO DI TRASFERIMENTO 14

4.7 PROCESSO DI FINE PRESA IN CARICO 14

Modulistica e allegati 15

REGOLAMENTO DEI PUNTI UNICI DI ACCESSO (**PUA**)
E DELLE UNITA' DI VALUTAZIONE TERRITORIALE (**UVT**)

Art. 1 Scopo

1.1 Superare le diseguaglianze nell'accesso ai servizi aziendali e la disomogeneità delle risposte, attraverso una presa in carico globale della persona, limitando così il rischio di riservare un'assistenza migliore e più rapida solo a chi sa meglio esprimere le proprie necessità.

1.2 Fornire agli operatori un valido strumento di lavoro e uniformare tutte le procedure riguardanti il Punto Unico di Accesso, al fine di realizzare un sistema integrato di interventi socio-sanitari e servizi sociali volto a:

- Orientare il cittadino favorendo l'accesso ai servizi formali e informali di riferimento, sulla base della complessità del bisogno sociale e/o sanitario;
- minimizzare gli spostamenti del cittadino fra i diversi punti di accoglienza;
- Consentire il monitoraggio dell'attività svolta dagli operatori, per utilizzare al meglio le risorse e garantire la tempestività degli interventi, l'appropriatezza e la continuità delle cure, in stretta collaborazione con i medici di medicina generale e gli operatori sociali dei Comuni.

1.3 Creare un modello organizzativo e operativo che individui nel PUA una modalità di lavoro integrata tra i servizi sociali e i servizi sanitari, attraverso l'accesso alla rete delle informazioni tecnico-operative, utili per la gestione e l'orientamento delle persone anche grazie all'avvio di sistemi informatico-informativi comuni.

Art.2 Campo di applicazione e destinatari

2.1 L'area di competenza dell'Azienda Sanitaria di Nuoro

2.2 I Destinatari sono i Medici dei Servizi del Distretto, i Medici specialisti territoriali e ospedalieri, gli Assistenti sociali di Distretto e dei pp.oo., la Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero, i MMG e PLS, gli Operatori sociali dei Comuni e le Strutture socio sanitarie accreditate convenzionate.

Art 3 Terminologia e abbreviazioni

3.1.1 Punto Unico di Accesso (PUA): è il servizio distrettuale che promuove, direttamente ed indirettamente, un modello di accoglienza e di orientamento dei cittadini, facilitando altresì la cultura dell'integrazione tra i servizi e gli interventi in ambito socio-sanitario.

È considerato come uno "*spazio*" fisico e funzionale non monotematico, dove il cittadino, di qualunque fascia di età, con qualunque problematica sanitaria, socio-sanitaria, socio-assistenziale e sociale può e deve trovare il giusto orientamento nella rete dei servizi e delle risorse presenti nella comunità.

3.1.2 Da chi è composto

Nucleo Base

- Referente Amministrativo:

  Provvede alla tenuta e all'archiviazione dei fascicoli cartacei/informatici.

  Verifica, cura e contabilizza i costi relativi alle attività.

  Garantisce l'applicazione delle norme vigenti e il flusso delle informazioni da e per le UVT.

  Garantisce la verifica, in stretta collaborazione con gli uffici competenti, della correttezza delle procedure di caricamento della Contabilità Aziendale e dei processi di Liquidazione;

  Monitorizza l'andamento dei costi relativi ai Tetti di spesa assegnati dalla RAS, in ragione dei contratti stipulati tra l'ASL di Nuoro e le singole strutture.

  Cura il corretto e sistematico aggiornamento del servizio informatico – informativo aziendale, con particolare attenzione all'evoluzione dei sistemi di recente adozione (SISAR e SISS).

- Assistente Sociale:

  Cura la prima accoglienza della domanda, verificandone i contenuti e attivandosi tempestivamente per un approfondimento delle conoscenza delle problematiche emerse, con il coinvolgimento dei Servizi Sociali del territorio.

  Relaziona sul profilo dell'assistito e del contesto socio-ambientale a questi riferibile. Svolge funzioni di Segretariato Sociale.

  Supporta la realizzazione, tenuta e archiviazione del fascicolo sanitario cartaceo/informatico.

- Referente Infermieristico:

  Provvede al bisogno sanitario di base, definisce nel dettaglio le richieste e le esigenze.

  Garantisce l' unità di primo intervento, in coordinamento con l'Unità Operativa delle Cure Domiciliari.

  Supporta alla realizzazione, tenuta e archiviazione del fascicolo sanitario cartaceo/informatico.

3.1.3 Le competenze principali del PUA:

a) Nel Punto Unico d'Accesso ha inizio la presa in carico della persona che viene seguita in tutto il suo percorso di cura e di assistenza

b) Prende atto delle reali necessità, assicurando tempestività e continuità nell'assistenza

c) Fornisce adeguate informazioni sui servizi, a sostegno di una scelta consapevole da parte dell'utente e della sua famiglia.

Nell'ASL di Nuoro sono istituiti quattro PUA, uno per ogni Distretto Socio Sanitario, che sono funzionalmente in rete per:

- garantire la rete dei servizi socio sanitari;
- salvaguardare l'uniformità funzionale dei servizi;

3.2.1 Unità di Valutazione Territoriale (UVT): è l'equìpe, con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze delle persone come bisogni sanitari e sociali.

Ha il compito di rilevare e classificare le condizioni del bisogno, per definire il percorso assistenziale più appropriato, da attuarsi con la condivisione della persona interessata e della sua famiglia.

L'UVT è costituita da un nucleo di base: un medico dei servizi sanitari distrettuali, un infermiere e un operatore sociale aziendale al quale si affiancano, di volta in volta, le professionalità sanitarie necessarie ad assicurare un adeguata multidisciplinarietà, per una valutazione corretta del bisogno, del suo inserimento nel contesto socio-ambientale e per le prescrizioni delle necessità clinico-assistenziali previste dal Progetto Riabilitativo.

Si avvale sempre della collaborazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta di fiducia del paziente.

L'UVT è integrata, inoltre, con la partecipazione di un assistente sociale del Comune di appartenenza per la eventuale presa in carico da parte dei Servizi Sociali del Comune.

E' compito del PUA vigilare sulla corretta attuazione del PAI (Piano di Assistenza Individuale), garantendo l'integrazione tra le diverse figure, la tempestività ed eventuali criticità e proposte di modifica e/o integrazione.

L'UVT adotta le modalità di valutazione multidimensionale dei bisogni di salute fisica, delle capacità, autonomia nelle attività di vita quotidiana e delle condizioni economiche e sociali. Propone il piano personalizzato che ricomprenda gli interventi sociali e sanitari per intensità assistenziali e si accerta dei risultati.

Nella Azienda Sanitaria di Nuoro sono presenti 4 UVT, una per ciascun Distretto Socio Sanitario, in rete tra loro, con il compito di uniformarsi agli obiettivi strategici della Direzione Generale e in conformità alle Linee di Indirizzo Regionale.

3.3. Accoglienza: il PUA si attiva su richiesta dell'utente o della sua famiglia, dei Servizi Sociali comunali o dell'ASL, a seguito di richiesta di un MMG o di un medico ospedaliero nel caso di dimissioni protette.

In questa fase ha il compito di fornire all'utente tutte le informazioni sull'accesso ai servizi, di orientare l'utente (o la famiglia), a seguito di una valutazione preliminare della complessità del bisogno, allo scopo di verificare la tipologia della richiesta: sociale, sanitaria o complessa (socio-sanitaria).

3.4 Piano di Assistenza Individuale (PAI): formulato dalla UVT, deve tener conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari, e deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere
- il regime prestazionale (domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale) e il suo livello di intensità e di durata
- le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
- la quantità, le modalità, la frequenza e la durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esisti desiderati
- la disponibilità e le quantità di presidi e materiali vari
- l'individuazione delle figure di riferimento

- la durata complessiva del progetto assistenziale
- gli strumenti di verifica, schede, registri, indicatori di processo e di risultato, scadenze e tempi di verifica del progetto personalizzato, in itinere e a termine, con particolare attenzione alla valutazione periodica dei risultati, alla verifica della congruità delle risorse impiegate rispetto agli obiettivi prefissati e verifica delle prestazioni effettuate dal privato sociale e privato accreditato.

Il progetto personalizzato, comunicato in modo chiaro e appropriato, deve essere condiviso con il paziente e/o suoi familiari; deve essere adattato alle eventuali nuove esigenze, secondo il piano assistenziale.

3.5 ***Case manager:*** il Medico di Medicina Generale e/o il Pediatria di Libera scelta di fiducia garantisce all'interno delle UVT la realizzazione del progetto personalizzato e si assume la responsabilità dell'attuazione degli interventi in esso previsti.

Rappresenta il principale riferimento organizzativo per l'assistito, per la sua famiglia e gli operatori dell'equìpe assistenziale multi-professionale.

È la figura di raccordo operativo all'interno dell'quìpe, garantendone l'integrazione, favorendo la comunicazione tra i suoi componenti, assicurando gli interventi assistenziali in maniera coordinata, efficace ed efficiente, verificando costantemente la congruità tra i risultati raggiunti e le risorse impiegate, secondo i bisogni prevalenti dell'individuo e alle scelte assistenziali.

3.6 ***Persone fragili:*** persone in età avanzata e affette da patologie multiple, con stato di salute instabile, con disabilità complicate da problematiche di natura socio-ambientali e socio-economiche.

3.7 ***Referente familiare***: è colui che si prende cura per più tempo dell'assistito.
L'UVT deve individuare precocemente la persona che svolge questo ruolo e valutarne le capacità, competenze, in quanto risorsa indispensabile alla realizzazione del PAI.

3.8 ***Assistenza sanitaria:*** le risposte date al bisogno di salute.

3.9 ***Bisogno:*** stato di carenza e/o mancanza di natura fisica, mentale, psicologica e sociale che porta inevitabilmente ad una situazione di disagio dell'individuo. Il bisogno deve tradursi in una domanda sanitaria/assistenziale.

3.9.1 ***Bisogno di salute:*** condizione complessa e variegata che dipende da fattori diversi che determinano azioni sia di protezione sociale, sia di natura sanitaria.

3.10 ***Presa in carico***: inizio per l'assistito di un percorso, accompagnato in tutte le fasi da personale competente, a garanzia di una risposta adeguata attraverso metodologie di lavoro basate sulla valorizzazione della multi-dimensionalità e multi – professionalità, anche attraverso la definizione di specifici strumenti clinico/operativi e metodologici (linee guida, protocolli, cartella integrata, percorsi formativi trasversali, etc.).

3.11 ***Integrazione socio-sanitaria:*** il D. Lgs 229/99 la definisce: "*tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione*".

Si attua su tre livelli: istituzionale, gestionale, professionale.

Con la Legge regionale n. 23/2005 è prevista una nuova organizzazione dei servizi socio-sanitari (***Sistema Integrato dei Servizi alla Persona***), ovvero, un cambiamento fondamentale nel percorso di assistenza, in cui le persone non sono più costrette a cercare da sole le risposte più adeguate alle proprie esigenze, ma sono guidate e accompagnate da specialisti del servizio pubblico, nella individuazione del percorso assistenziale più appropriato .

Il sistema PUA/UVT nasce, infatti, con lo scopo di interpretare i bisogni dei soggetti in particolare situazione di fragilità e aiutarli ad orientarsi nell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari

3.12 **Prestazioni Sociosanitarie:** tutte le attività atte a soddisfare i bisogni di salute dei cittadini che richiedono prestazioni sanitarie e, contestualmente, azioni di protezione sociale tali da garantire, anche a lungo termine, la continuità della cura e della riabilitazione.

Le prestazioni sociosanitarie sono classificate tenendo conto dei bisogni prevalenti e delle risorse disponibili nei processi assistenziali.

Esse comprendono:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
- prestazioni socio sanitarie a elevata integrazione.

3.13 **Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**: sono tutte le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione e rimozione e contenimento degli esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite e acquisite, di competenza della Asl, inserite in progetti personalizzati, erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

3.14 **Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**: sono tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute, di competenza dei Comuni; sono inserite in progetti personalizzati, prestate con la partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.

3.15 **Prestazioni socio sanitarie a elevata integrazione**: sono caratterizzate dalla inscindibilità dei fattori sanitari e sociali all'interno del processo personalizzato di assistenza.

Sono caratterizzate da una particolare rilevanza terapeutica e da una significativa intensità della componente sanitaria integrata con quella sociale.

Rientrano nei livelli essenziali di assistenza e sono poste a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

Interessano prevalentemente le aree: materno-infantile, anziani, disabili, salute mentale, tossico e alcol dipendenza e tutte le patologie che richiedono una assistenza prolungata e continuativa, con particolare riferimento a quelle oncologiche, alle infezioni da HIV.

Art. 4 Modalità esecutive

4.1 PROCESSO DI ACCESSO

Accoglienza

E' la fase in cui gli operatori del PUA si attivano a seguito di una richiesta di soddisfazione di un bisogno da parte:

- dell'interessato o di un suo familiare
- del MMG o PLS di fiducia
- del medico specialista
- del medico ospedaliero (nel caso di dimissioni protette)
- di altri operatori e/o servizi dell'Asl
- di operatori sociali dei comuni del Distretto sociosanitario

Gli interessati si presentano al PUA e, attraverso la compilazione di una scheda rilevazione, esprimono un bisogno.

Le richieste inoltrate dagli interessati e/o dai familiari devono essere compilate personalmente o dagli operatori PUA, qualora ne fossero impossibilitati.

Gli operatori PUA, attraverso l'ascolto e l'accoglienza di tipo professionale, effettuano una valutazione preliminare, al fine di verificare la natura della richiesta: sociale, sanitaria o complessa (socio-sanitaria), anche in termini di urgenza.

La richiesta di assistenza sociosanitaria proveniente dalla rete formale è trasmessa al PUA con apposito modulo contenente i seguenti elementi:

- dati anagrafici del cittadino
- dati anagrafici di chi presenta la richiesta
- dati identificativi del MMG o PLS
- condizioni generali di salute, diagnosi clinica prevalente e secondarie
- apparenti condizioni di autonomia e autosufficienza, deambulazione ed eventuale "sconfinamento", capacità relazionali.
- prestazione socio sanitaria a gestione integrata, richiesta compartecipata e motivata. (competenza clinica: MMG/PLS, specialista territoriale o di struttura ospedaliera)

Il funzionamento del PUA è garantito cinque giorni alla settimana, in locali adeguati all'accoglienza.

4.2 PROCESSO DI ACCETTAZIONE

Individuazione del bisogno

Questa fase costituisce il momento più importante del servizio e di presa in carico dei bisogni delle persone.

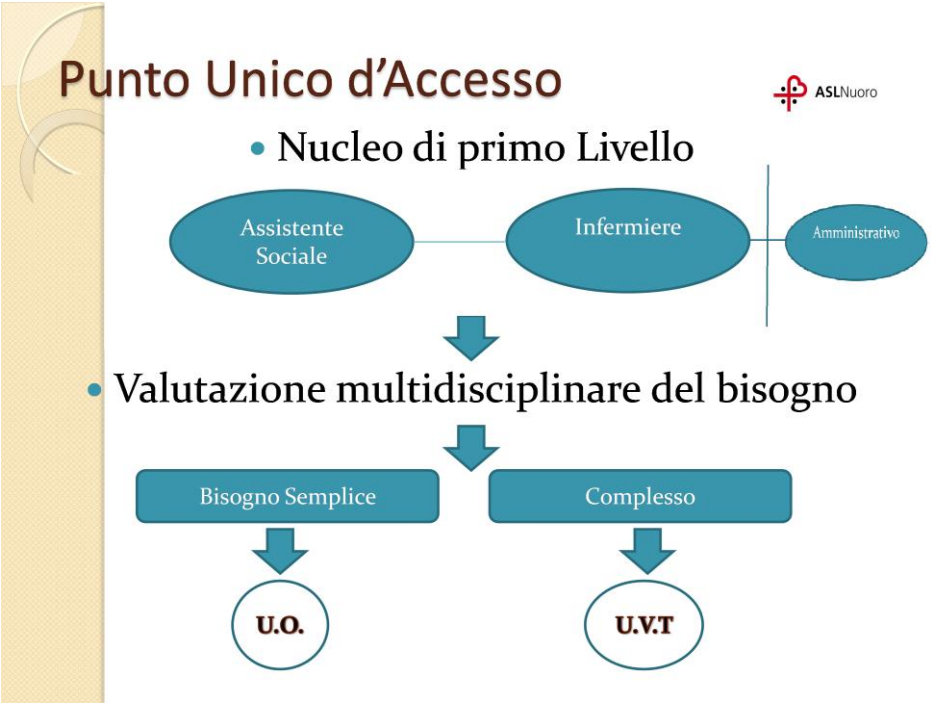
La compresenza delle due professionalità (assistente sociale e infermiere professionale) precedentemente individuate, consente una prima valutazione del bisogno anche in termini di urgenza, valutata secondo criteri condivisi e formalizzati,

In questa fase gli operatori del PUA garantiscono:

- *attivita' di informazione:* sulle possibili soluzioni e risorse comunitarie, istituzionali e non, ovvero sui servizi sanitari, socio sanitari e sociali pubblici e del privato sociali presenti nel territorio indicandone le modalità di accesso e le procedure.
- *attivita' di orientamento*: con l'ascolto e individuazione del bisogno per fornire all'utente l'indicazione dei servizi più appropriati.
- *attivita' di accompagnamento*: nella compilazione e/o ritiro della specifica domanda di accesso alle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, all'attivazione della rete dei servizi.
- *alimentazione del sistema informatico SiSaR*

L'operatore PUA provvede, inoltre, alla raccolta della documentazione indispensabile al consenso informato per l'utilizzo dei dati personali, apre una scheda/fascicolo cartacea e/o elettronica da inviare all'UVT.

Nel caso di richiesta di *dimissioni protette,* l'operatore PUA, provvede a protocollare la richiesta e in caso di necessità, al fine di acquisire ulteriori chiarimenti, può contattare il coordinatore infermieristico o i dirigenti medici della U. O. che ha inoltrato la richiesta, per ulteriori chiarimenti.



4.2.1 Bisogni semplici

Nel caso in cui il bisogno è semplice la programmazione degli interventi è garantita direttamente con le seguenti modalità:

- In relazione alle forme di ***bisogni semplici di natura sociale*****,** l'assistente sociale del PUA, in stretto collegamento con l'operatore sociale del Comune di residenza, effettua un'analisi, decodifica i bisogni sociali e individua il care manager (che in genere coincide con l'operatore sociale del Comune).
- Le prestazioni individuate sono erogate tramite i Servizi Sociali del Comune di residenza.
- In relazione alle forme di ***bisogni semplici di natura sanitaria***, il Medico dei Servizi di Distretto, sentito – se necessario - il MMG o PLS, analizza e decodifica il bisogno sanitario, individua il case manager e provvede a inviare la richiesta al servizio competente;
- l'infermiere fa fronte ai bisogni sanitari di base.

4.2.2 Bisogni complessi

Nel caso di bisogno socio sanitario complesso, con il Medico del Distretto, il PUA attiva l'UVT per la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione di un programma di intervento. L'operatore PUA provvede al protocollo della richiesta all'UVT e allega le schede sociali debitamente compilate.

In caso di richieste urgenti, il Medico del Distretto, in accordo con il medico curante proponente, può disporre l'erogazione di prestazioni sanitarie urgenti, in attesa della valutazione della UVT.

I bisogni complessi possono essere soddisfatti con:

- Inserimento della persona nelle Cure Domiciliari Integrate e attivazione dei protocolli operativi **(Vedi allegato).**
- Inserimento della persona nei regimi previsti per i trattamenti di riabilitazione globale.
- Inserimento della persona in strutture sanitarie, socio sanitarie accreditate a ciclo continuativo o diurno con l'erogazione di prestazioni sociosanitarie e azioni di protezione sociale (Residenze Sanitarie e Assistite e Case Protette).

- Attivazione di Progetti Riabilitativi presso Comunità Terapeutiche Residenziali o semiresidenziale per persone affette da disturbo mentale o dipendenza.
- Dimissione di persone già assistite in strutture sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali e il successivo percorso nella rete integrata dei servizi territoriali.
- Monitoraggio dei bisogni e della domanda espressa dal territorio del Distretto
- Predisposizione, monitoraggio e valutazione dei progetti personalizzati *(Ritornare a casa, domotica ed eventuali altri progetti personalizzati che richiedono una valutazione multidimensionale).*
- Assistenza protesica: menomazione grave e complessa.

4.3 PROCESSO DI INQUADRAMENTO

Quando il PUA rileva un bisogno complesso, si sollecita la convocazione dell'UVT si procede alla convocazione della Unità di valutazione entro 15 giorni dalla richiesta.

Il presidente dell'UV.T provvede a convocare collegialmente gli altri componenti per la valutazione multidimensionale:

- entro 15 giorni dalla data della presentazione della richiesta per i bisogni non urgenti
- entro tre giorni dalla data di richiesta di dimissione protetta inoltrata dalla U. O. di degenza e non oltre cinque giorni dalla data stabilita per la dimissione, compatibilmente con il tempo necessario per consentire un adeguata presa in carico nel Territorio.

Sono necessariamente convocati il MMG o PLS e/o l'operatore sociale del Comune di residenza della persona,insieme ad operatori sanitari e sociali competenti nei casi specifici

4.3.1 valutazione multidimensionale diretta

La domanda di intervento e la relativa scheda / fascicolo personale, una volta esperiti tutti gli adempimenti del caso, viene esaminata preliminarmente dal Presidente UVT, al fine di individuare le figure professionali, il MMG o PLS e l'operatore sociale del Comune di residenza di riferimento dell'utente, che dovranno raccogliere i dati necessari alla valutazione multidimensionale, utilizzando le schede e le scale di valutazione adottate a livello regionale e nazionale.

L'UVT al fine di effettuare la valutazione multidimensionale si avvale di metodi idonei e standardizzati (schede e scale di valutazione sanitarie e sociali), per rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione e consentire la definizione qualitativa e quantitativa:

- dei bisogni reali e prioritari, espressi o meno (soprattutto in relazione allo stato di salute, all'autonomia e alla capacità di supporto del nucleo familiare, ivi compresa la qualità delle condizioni abitative)
- degli obiettivi che ragionevolmente si possono raggiungere
- degli interventi da adottare
- delle risorse da attivare

L'UVT, attraverso le informazioni sanitarie e sociali delle schede, è in grado di leggere i bisogni sanitari e sociali complessi per poter disegnare il percorso ideale di trattamento dell'utente.

L'UVT persegue l'obiettivo generale diretto verso la migliore soluzione assistenziale, che incontri il gradimento e ne rispetti la libertà di scelta dell'utente e dei suoi familiari.

L'UVT persegue l'obiettivo fondamentale di dare risposte efficaci ai problemi di accesso alla rete dei servizi socio sanitari in termini di equità, di globalità, di garanzia di continuità assistenziale.

Effettuate le singole valutazioni monodimensionali, la rilevazione viene poi riportata nel contesto multidimensionale che diventa momento di integrazione delle informazioni e, quindi, di vera e propria valutazione complessiva a cui segue la definizione del profilo e la stesura del Piano Assistenziale Individualizzato.

È cura di ogni componente dell'UVT raccogliere e fornire tutte le informazioni utili alla valutazione del caso, all'analisi complessiva della situazione, alla disponibilità delle risorse.

L'UVT può effettuare accertamenti periodici a domicilio o presso e strutture del Servizio Sanitario Regionale, presso la struttura residenziale scelta dall'utente. L'UVT può valutare il bisogno anche sulla documentazione cartacea, debitamente compilata dai diversi componenti dell'UVT.

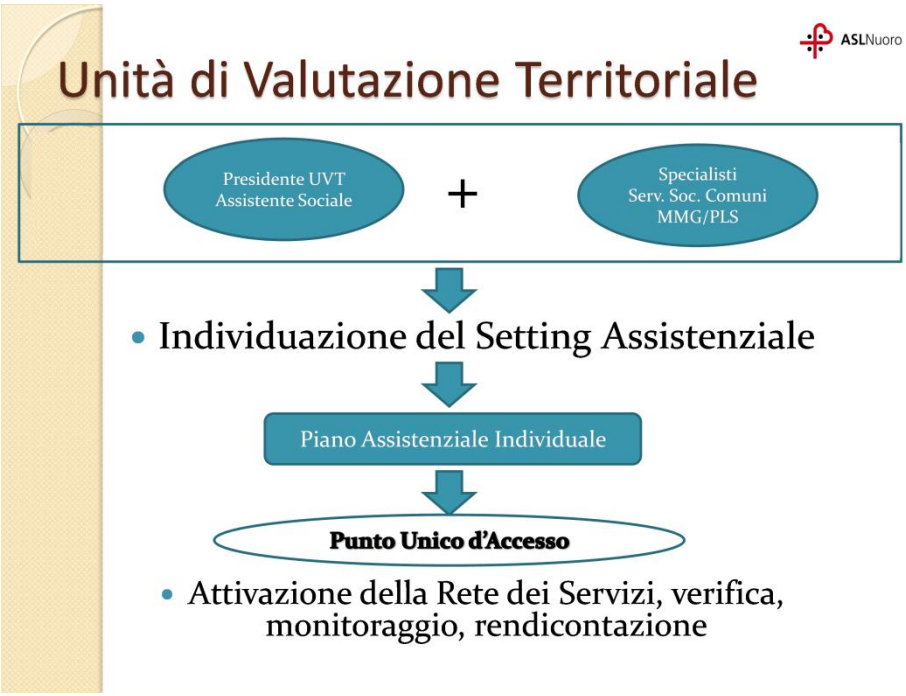
La valutazione deve necessariamente tener conto di:

- bisogni reali e prioritari, espressi o meno (soprattutto in relazione allo stato di salute, all'autonomia e alla capacità di supporto del nucleo familiare, ivi compresa la qualità delle condizioni abitative);
- **obiettivi ragionevolmente raggiungibili**;
- interventi da adottare;
- risorse da attivare;
- **appropriatezza del regime prestazionale da utilizzare**.

La risposta, nel rispetto della libertà di scelta individuale, deve tener conto non solo del rapporto costo/efficacia ma anche dei vantaggi a lungo termine, sia familiari sia sociali, e coniugare i bisogni della persona e della famiglia con la rete dei servizi.

È compito del Direttore del Distretto o del suo delegato trasmettere l'esito della valutazione multidimensionale alla persona interessata ed al Responsabile del servizio coinvolto nel progetto, anche in caso di diniego o di risposta diversa dalla richiesta presentata, comunicando le motivazioni della decisione.

Il Progetto Riabilitativo Individuato, a seguito della valutazione multidimensionale dell'UVT, oltre al Livello Assistenziale, dovrà indicare il Piano Attuativo degli Interventi, con tutte le informazioni necessarie per individuare ruoli e responsabilità, nonché il programma di monitoraggio e rivalutazione delle azioni poste in essere.



4.3.2 valutazione multidimensionale per delega

Qualora un assistito della nostra ASL si trovi temporaneamente domiciliato in un comune appartenente ad altra ASL, oppure in caso di dimissione protetta da presidio ospedaliero di altra Asl o Azienda ospedaliera, è possibile delegare l'UVT dell'ASL domiciliataria ad effettuare la valutazione multidimensionale e a predisporre il Progetto Assistenziale Individualizzato.

l'U.V.T. dell'Azienda Sanitaria delegata, dopo aver effettuato la valutazione multidimensionale, trasmette – per competenza – gli atti all'UVT di questa Azienda Sanitaria.

4.3.3. valutazione multidimensionale delegata

L'UVT aziendale può, dal canto suo, essere incaricata di effettuare una valutazione multidimensionale nei confronti di persone temporaneamente domiciliate in uno dei Comuni del Distretto Socio sanitario o in dimissione protetta da un presidio ospedaliero di questa Asl.

Dopo gli adempimenti preliminari, dettagliatamente indicati nei precedenti articoli, l'UVT procede a compilare le schede sanitarie e sociali e a predisporre una proposta di piano assistenziale individualizzato da trasmettere alla UVT dell'Asl delegante.

4.4 PROCESSO DI PROGRAMMAZIONE

L'UVT provvede ad elaborare il Progetto Assistenziale Individualizzato tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e priorità del paziente e dei suoi familiari, delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari e deve definire:

- gli obiettivi e i risultati che si intendono raggiungere, sia riguardo al paziente sia ai suoi familiari, i quali talvolta possono costituire un target prioritario dell'intervento;
- il regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale) e il suo livello di intensità e durata;

- le azioni, la tipologia delle prestazioni e le figure professionali impegnate;
- la quantità, le modalità, la frequenza e la durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati;
- la disponibilità e le quantità di presidi e materiali vari e i costi;
- l'individuazione (competenze e funzioni) delle figure di riferimento ;
- la durata complessiva del progetto;
- gli strumenti (riunioni di verifica/coordinamento, schede/registri/diario clinico, indicatori di processo e di risultato, report, etc.), le scadenze e i metodi della verifica del progetto personalizzato, in itinere ed ex post, con particolare attenzione:
- alla valutazione periodica dei risultati;
- alla verifica della congruità delle misure/risorse impegnate rispetto agli obiettivi prefissati;
- alle modalità per garantire la supervisione e verifica delle prestazioni effettuate da altri erogatori (privato sociale e privato accreditato), evitando il rischio di una scissione tra prescrittore pubblico ed erogatore privato e di un affidamento totale a quest'ultimo attraverso periodici momenti di incontro, verifica ed indirizzo in sede di intervento (domicilio, strutture residenziale e semiresidenziale) da parte del servizio pubblico.

Il progetto assistenziale individualizzato deve essere comunicato in modo comprensibile e appropriato al paziente e ai suoi familiari e da essi approvato e sottoscritto. Con esso si conclude la fase preliminare della presa in carico del bisogno del cittadino. Se necessario, il progetto adottato può essere modificato adattandolo alle nuove esigenze. Solo al fine di garantire l'erogazione di prestazioni straordinarie è possibile aggiungere ulteriori interventi.

4.4.1 attivazione dei servizi assistenziali

A seguito dell'accettazione del progetto assistenziale, l'operatore PUA riceve la pratica della UVT, la registra e attiva tutte le procedure dei servizi assistenziali mediante le specifiche funzioni; di seguito la archivia in modo da permettere una facile gestione delle attività di monitoraggio e di verifica finalizzata alla rilevazione dei bisogni.

4.4.2 definizione del piano attuativo

I servizi socio sanitari dell'Asl, ai quali compete la gestione tecnica e l'organizzazione delle attività assistenziali, provvedono alla definizione del Piano Attuativo degli Interventi che traduce in termini operativi e con interventi i tipo multi professionale, il progetto personalizzato definito dalla UVT.

Il Piano Attuativo deve contenere i seguenti elementi:

- la valutazione multidimensionale
- la durata complessiva dell'intervento socio sanitario
- la periodicità e la tipologia degli interventi dei diversi professionisti sanitari
- gli interventi di tipo sociale
- gli obiettivi di cura /riabilitazione
- i risultati attesi
- il referente del caso o case manager.

4.5 PROCESSO DI MONITORAGGIO

Il monitoraggio viene effettuato su tutte le attività ed i percorsi sociosanitari territoriali. L'operatore PUA raccoglie dal case manager e da tutte le fonti disponibili i dati di attività e di esito del piano assistenziale individualizzato.

Nel caso dovessero emergere necessità e un aggiornamento dello stato di avanzamento del progetto nel suo complesso, tutti gli attori interessati analizzano congiuntamente il problema e definiscono le azioni correttive condivise.

Il progetto assistenziale, modificato e adattato, va comunicato al paziente, ai suoi familiari e agli operatori interessati, dalla UVT.

4.6 PROCESSO DI TRASFERIMENTO

In caso di ricovero dell'assistito, il piano operativo di assistenza ed il progetto assistenziale vengono sospesi per poter essere riattivati, salvo variazioni allo stato di salute dell'assistito.

Nel caso in cui, a seguito del ricovero risultino modificate le condizioni cliniche del paziente, si procede alla rivalutazione multidimensionale dei nuovi bisogni.

4.7 PROCESSO DI FINE PRESA IN CARICO

La fine della presa in carico può avvenire per raggiungimento degli obiettivi del progetto assistenziale e del piano attuativo o per cessazione del bisogno assistenziale.

L'UVT ha il compito di valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati nel progetto di assistenza o alla cessazione del progetto e di predisporre una relazione finale.

L'operatore PUA procede quindi alla chiusura della pratica.

Modulistica e allegati

- **PUA MODULO A Scheda sanitaria**
- **PUA MODULO B Scheda domanda**
- **SCHEDE DI VALUTAZIONE REGIONALI (Obbligatorie)**
  (SVAMA e Scheda di prima Valutazione)
- **Sintesi grafica del percorso delle Cure Domiciliari**