ASSODIS
Associazione Operatori dei Distretti Sanitari

PERCORSO DI DIMISSIONI PROTETTE E DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

A che serve? garantire continuità degli interventi di assistenza ed integrazione delle funzioni di operatori e servizi, nel passaggio fra i setting di cura ospedaliero e quelli territoriali (cure domiciliari, cure residenziali).

Chi riguarda? i cittadini affetti da patologie croniche invalidanti, in cui i problemi di natura biologica e quelli di tipo funzionale rendono necessario un accompagnamento ed un sostegno per lui e per i familiari che di lui si prendono cura, rendendoli consapevoli e partecipi dell'intero percorso.

soggetti / funzioni	OSPEDALE	DISTRETTO e SSC	FORNITORI DI SERVIZI (SAD, SID, RSA SRD, MMG, A3P, UFF. PROTESICA...)	CITTADINO	DURATA	OUTPUT
Infermiere di continuità (infermieri reparto)	segnala situaz di necessità			chiede il supporto	**ENTRO 48 H (esclusi festivi)**	INTERCETTAZIONE DEL CASO, DEFINIZIONE LIVELLO DI COMPLESSITA' E SEGNALAZIONE CON COMPILAZIONE SCHEDA "BREVE" O "INTEGRALE"
P.U.A. (Punto Unico d'Accesso Socio-sanitario in distretto)		approfondimento valutativo e PPD			**ENTRO 3 GG**	PRIMA MAPPA DEI BISOGNI/PROBLEMI E DELLE RISORSE - DEFINIZIONE PPD (Piano Post Dimissione)
				acconsente ai servizi offerti e/o attiva risorse familiari o personali		CONSENSO DEL CITTADINO O DEI FAMILIARI ALL'UTILIZZO DEI SERVIZI, COMPILAZIONE SCHEDE DI DEFINIZIONE DEI REQUISITI DI DIRITTO AL SERVIZIO STESSO
			erogazione prestazioni secondo piano di intervento		**DALLA DIMISSIONE**	ATTIVAZIONE SERVIZI IN FUNZIONE DELLE NECESSITA'
UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale) UVD (Unità di Valutazione Distrettuale)		valutazioni di secondo livello per **progetto** personalizzato integrato di presa in carico			**ENTRO 20 GG DALLA DIMISSIONE**	PROGETTO PERSONALIZZATO CON DEFINIZIONE CASE MANAGER E MONITORAGGIO
			attuazione progetto personalizzato integrato + RSA + CdR + HOSPICE		**ENTRO 30 GG DALLA DIMISSIONE**	EROGAZIONE DEI SERVIZI NELLE DIVERSE FORME INTEGRATE PREVISTE DAL PIANO
				non presa in carico del cittadino: CHIUSURA		COMUNICAZIONE AL CITTADINO DELLA CHIUSURA/NON PRESA IN CARICO CON MOTIVAZIONI E DEFINIZIONE MODALITA' DI MONITORAGGIO
				TOTALE	**MAX 30 GG + DURATA DEGENZA**	

ASSODIS
Associazione Operatori dei Distretti Sanitari

OBIETTIVI

1. adottare **funzioni, responsabilità, criteri e strumenti** per individuare in modo chiaro ed immediato i **pazienti fragili,** che necessitano di percorsi di continuità assistenziale;

2. migliorare e sviluppare il processo di continuità assistenziale attraverso l'attuazione di modalità di **comunicazione sistematica e verificabile fra i servizi coinvolti;**

3. promuovere un **ruolo attivo del familiare** e, se possibile, della **persona/paziente**, nel percorso di cura;

4. favorire una più adeguata conoscenza dei servizi ospedale-territorio da parte dei cittadini che ne sono fruitori **(informazione dei cittadini);**

5. **facilitare l'accesso e la fruibilità delle risorse attivabili nel passaggio dall'ospedale al territorio,** con particolare riferimento all'assistenza a domicilio, sia di competenza sanitaria, sia sociale;

6. **migliorare l'efficacia della fase di dimissione ospedaliera,** favorendo, contrastando, tra l'altro, il fenomeno dei ricoveri ripetuti per la medesima patologia

ASSODIS
Associazione Operatori dei Distretti Sanitari

5. DESTINATARI

3 livelli di complessità individuati dalla scala "Brass" come a "basso", "medio" ed "alto rischio":

1. **Basso rischio:** al momento della dimissione sono in grado di raggiungere in autonomia i luoghi di erogazione dei servizi, cognitivamente orientati e con una rete familiare presente; sono in grado di gestire, in autonomia o supportati dal caregiver, l'assunzione della terapia; sono capaci di mantenere e sviluppare relazioni significative con le persone;

2. **Medio rischio:** 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 e che necessitano, al momento delle dimissioni, del supporto di servizi sociali e sanitari a domicilio;

3. **Alto rischio:** pazienti per i quali è necessario effettuare una approfondita valutazione multidisciplinare, quali: persone non autosufficienti o con grave disabilità che presentano un elevato grado di dipendenza e che, in assenza o in situazioni di grave inadeguatezza della rete di aiuto familiare, 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;

ASSODIS
Associazione Operatori dei Distretti Sanitari

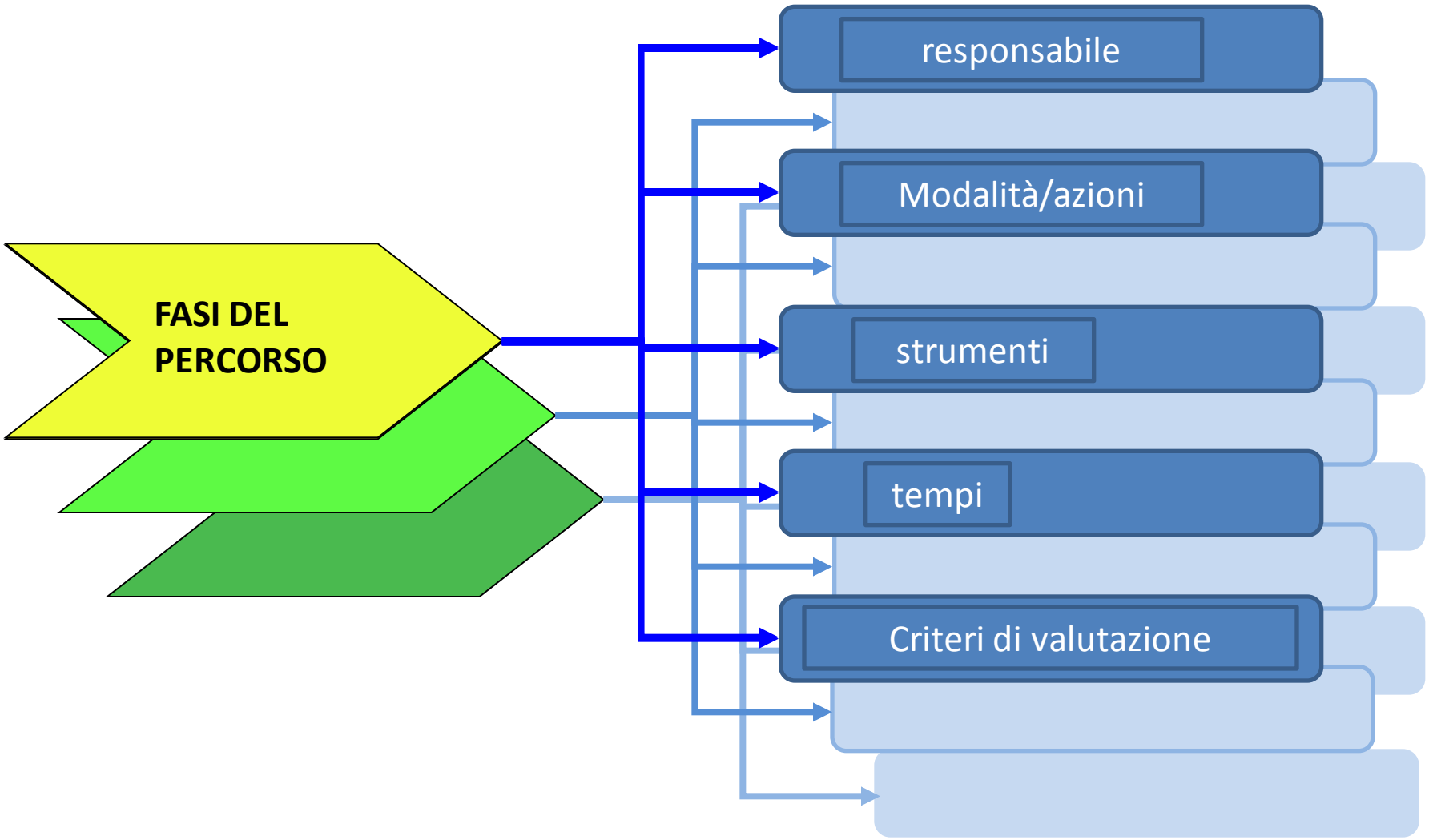
6.FASI DEL PERCORSO

Partendo dal presupposto che il momento del ricovero é cruciale per la buona riuscita di un percorso di dimissioni protette, è necessario individuare **tre fasi**:



Per ognuna di queste fasi si individua l'operatore incaricato e responsabile di metterla in atto, le modalità e gli strumenti per farlo, i tempi massimi, i criteri di valutazione del risultato e relativi indicatori e gold standards.

ASSODIS
Associazione Operatori dei Distretti Sanitari



PROTOCOLLO DI DIMISSIONI PROTETTE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE

ASSODIS
Associazione Operatori dei Distretti Sanitari

PRIMARY HEALTH CARE community oriented

MODELLI DI ORGANIZZAZIONE

PUBBLICO VS PRIVATO
pubblico puro (servizi dei distretti) – privato puro (esternalizzazione, voucher) – partnership pubblico/privato → ***h24 7gg/7?***

ORGANIZZAZIONI DEI MMG (GP)
Case della salute – UTAP – forme associative → ***h24 7gg/7 – integrazione gen/spec?***

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
Delega alla sanità gestione Servizi Sociali – gestione degli Enti Locali → ***h12 7gg/7?***

RISORSE DELLA COMUNITA'
Abitazione, inclusione sociale, trasporti, sussidiarietà orizzontale

INFORMATIZZAZIONE
Sistemi centralizzati – integrazione dei sistemi

PROTOCOLLO DI DIMISSIONI PROTETTE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE

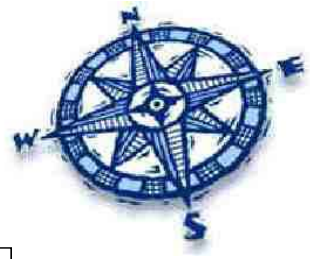
ASSODIS
Associazione Operatori dei Distretti Sanitari

PRIMARY HEALTH CARE community oriented

MODELLI DI ORGANIZZAZIONE: ipotesi di lavoro per un confronto fra regioni:

1. **Definizione standard e indicatori**
2. **Valutazione costo/efficacia**
3. **Valutazione sostenibilità**
4. **Accreditamento del percorso di continuità della presa in carico**

IL P.U.A.



VALUTAZIONE

UNITA' DI VALUTAZIONE DISTRETTUALE

EQUIPE MULTIDISCIPLINARE DI PROGETTO

COMMISSIONE INVALIDITA' CIVILE

PROGETTO PERSONALIZZATO

BACK OFFICE

MEDICO DI DISTRETTO

COORDINATORE
Servizio Infermieristico Domiciliare

Altri operatori (es. amministrativo)

ASSISTENTE SOCIALE DELL'AMBITO SOCIO ASSISTENZIALE

FRONT OFFICE

FISIOTERAPISTA

ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

INFERMIERE DI COMUNITA'

PUA

ASSODIS
Associazione Operatori dei Distretti Sanitari



IL P.U.A.

La Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia nelle Linee guida per la predisposizione dei **Piani delle Attività Distrettuali e dei Piani di Zona deliberate nel 2004**, indica la diffusione dei Punti Unici di Accesso ai servizi sociosanitari come obiettivo strategico di sistema. Il **Piano Sanitario e Sociosanitario Regionale 2010-2012**, adottato dalla Giunta Regionale con delibera n. 465 del 18 marzo 2010, pone tra le 4 progettualità prioritarie la presa in carico integrata delle persone con malattia cronica e disabilità. In tale ambito una delle azioni irrinunciabili è la costruzione di ***"…un'interfaccia unitaria del sistema, in una prima fase limitata ai servizi sanitari ed a quelli sociali, nei confronti delle persone con disabilità per garantire loro, per i livelli di assistenza sociosanitaria regionali qualificati come essenziali: accesso, valutazione, progetto personalizzato e rivalutazione".***

ASSODIS
Associazione Operatori dei Distretti Sanitari

funzioni principali del PUA

1. l'accoglienza, finalizzata ad orientare il cittadino, dando visibilità e chiarezza della risposta assistenziale, a ridurre l'asimmetria informativa tra il cittadino ed il sistema dei servizi, a contenere i tempi di attesa nei percorsi sanitari ed amministrativi ed a promuovere l'emersione dei bisogni inespressi di salute;

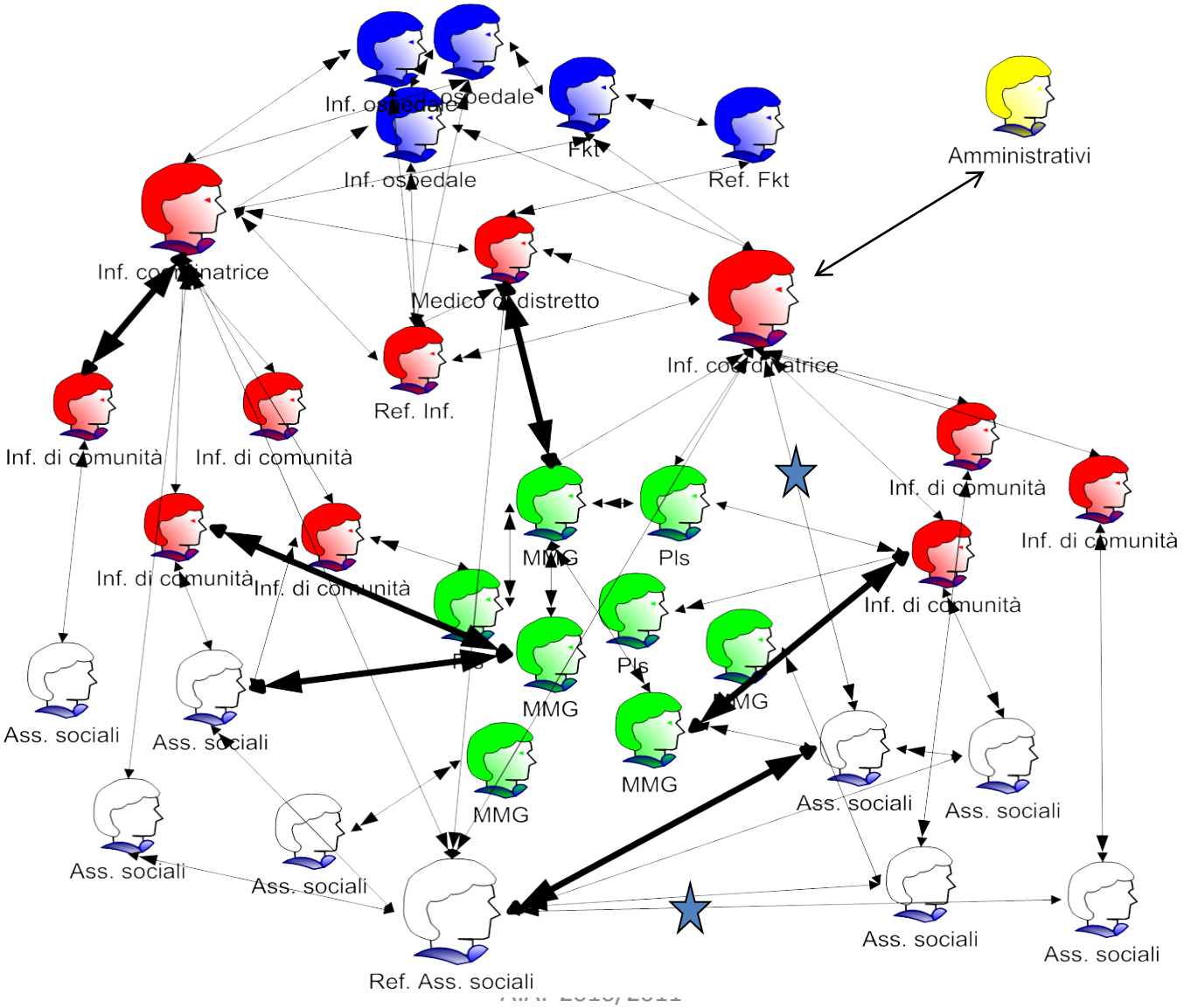
2. l'accesso per facilitare l'incontro tra il cittadino con la sua domanda di salute e l'articolato sistema di offerta dei servizi;

3. l'orientamento e gestione della domanda per promuovere il diritto dei cittadini ad accedere alla rete dei servizi sanitari e sociali secondo criteri equi e trasparenti;

4. la regia finalizzata a migliorare l'integrazione sociosanitaria a livello sia gestionale sia professionale.

ASSODIS
Associazione Operatori dei Distretti Sanitari

La rete del PUA

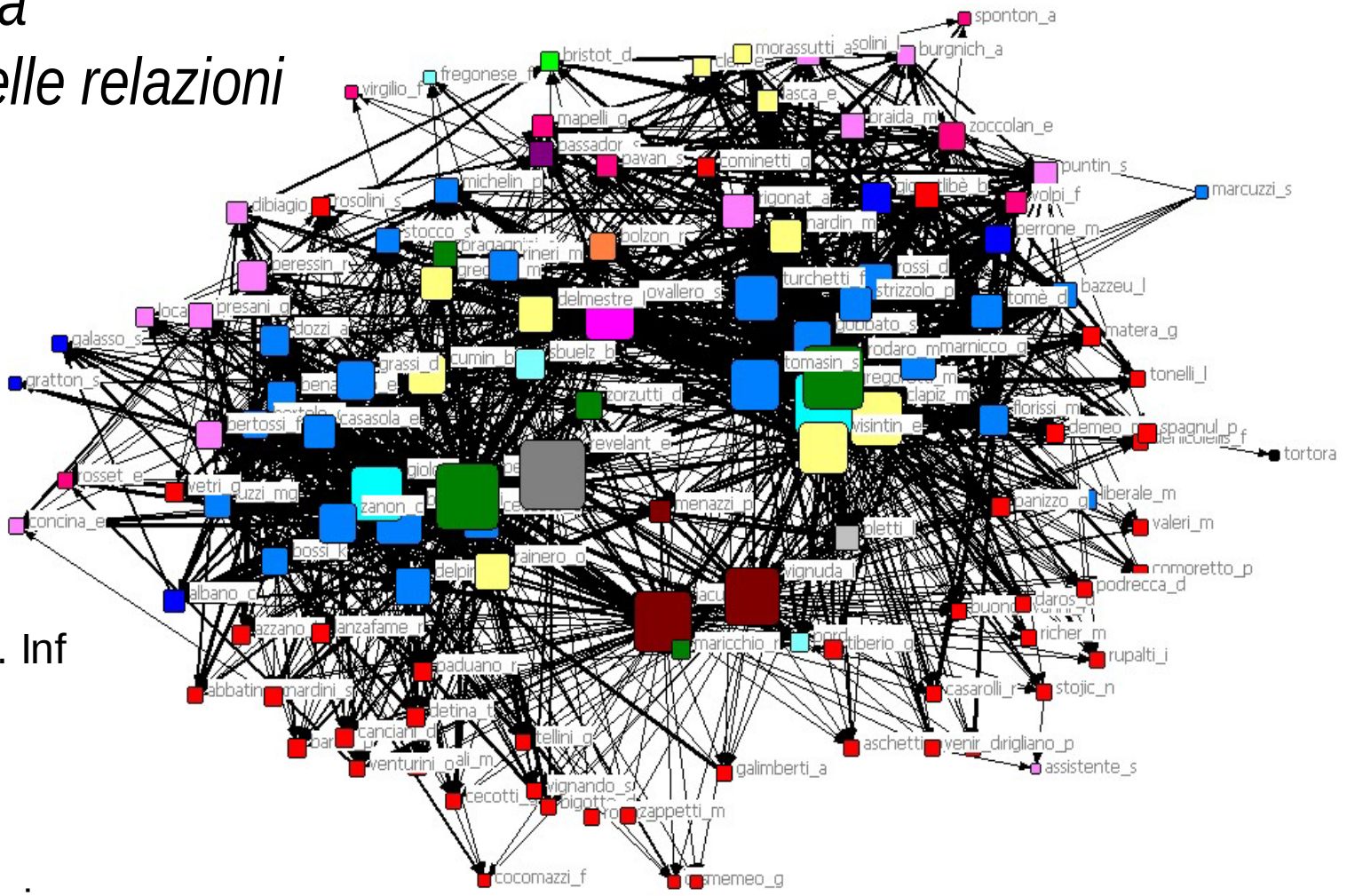


Networking

Analisi della rete finalizzata a descrivere la strutture relazionale degli operatori del PUA, propedeutica ad un percorso formativo.

Punto di vista

della forza delle relazioni



Legenda:

- MMG
- Ref. Inf.
- F. Funz. Ref. Inf
- Inf.
- Ass. Sociali
- M. Distretto
- Fkt
- Amministrativi