

REGIONE LAZIO



## AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI

# PIANO ATTUATIVO LOCALE 2008-2010

### Allegato n° 5

#### Percorsi organizzativi :

1. Punto Unico di accesso
2. Continuità dell' Assistenza

Direttori Distrettuali

Dipartimento promozione programmi

# 1 - PERCORSO ORGANIZZATIVO PUA

REVISIONE 2008



## Introduzione

Il Punto Unico di Accesso distrettuale è luogo e funzione del Distretto sociosanitario che svolge una prima valutazione del bisogno, orientamento del cittadino ed eventuale iniziale presa in carico.

In sostanza dovrà fornire informazioni ed orientamento al cittadino, risolvere i problemi semplici, rinviare i casi di maggior complessità ai servizi preposti; dovrà effettuare una pre valutazione integrata attraverso strumenti di valutazione multidimensionali standardizzati e semplificati; dovrà relazionarsi con la rete dei servizi e garantire la presa in carico per i differenti livelli di intensità assistenziale, mediante valutazione multidimensionale.

Si tratta di una nuova modalità organizzativa per l'accesso ai servizi sociosanitari territoriali che consentirà un'assistenza organizzata fruibile onde fornire la risposta ai bisogni diversificati dei cittadini in maniera semplificata.

## Organizzazione

Data la dispersione territoriale della popolazione, lo stato delle arterie di comunicazione, l'orografia del territorio (prevalentemente montano), e la carenza di servizi pubblici di trasporto, i cittadini avrebbero difficoltà ad utilizzare un punto di accesso unico per il distretto. Di conseguenza Il PUA deve essere organizzato in modo da funzionare sia in reperi fisso che in forma quasi ubiquitaria e su due distinti canali:

- Un **primo canale**, rivolto ai cittadini con funzione prevalentemente di orientamento, di sostegno, di accompagnamento, di prima valutazione e risoluzione dei problemi semplici, che deve essere ubicato il più vicino possibile ai cittadini.

La prima valutazione potrà essere fatta utilizzando metodologie semplici e da un singolo professionista o operatore adeguatamente formato.

- Un **secondo canale** con il compito di relazionarsi con la rete dei servizi e con funzioni di interconnessione con l'Unità Valutativa Integrata MD, che a sua volta provvederà alla redazione del PAI tramite strumenti di valutazione multidimensionali standardizzati e validati. (es.: VAOR ADI), con la conseguente presa in carico da parte del case-manager

## Formazione

È prevista l'attivazione di uno specifico percorso formativo comune per gli operatori delle Aziende sanitarie e degli Enti locali coinvolti che, utilizzando risorse interne ai servizi, favorisca la diffusione e l'implementazione delle Linee Guida, la costituzione di un linguaggio comune e lo sviluppo delle capacità di programmazione, del lavoro di gruppo.

## Sistema informativo

È prevista la possibilità di dotare il PUA di supporti informatici al fine di ottimizzare il funzionamento dell'intero processo, l'utilizzazione di modalità comuni, e di facilitare la valutazione dei risultati

## Modalità d'accesso

I Cittadini possono accedere agli sportelli vicini del PUA per comunicare all'operatore le proprie richieste e per ricevere informazioni sui servizi erogati e sulle formalità per l'accesso alle prestazioni.

L'operatore compila una scheda di accesso e fornisce soluzione al bisogno semplice.

Di fronte ad un bisogno meno semplice o più complesso, l'operatore rimette il caso al PUA clinico che, una volta valutate le necessità dell'utente, o risolve direttamente il caso con risposta esaustiva o redige scheda clinica ed invia l'utente all'UVMI, che redigerà il PAI.

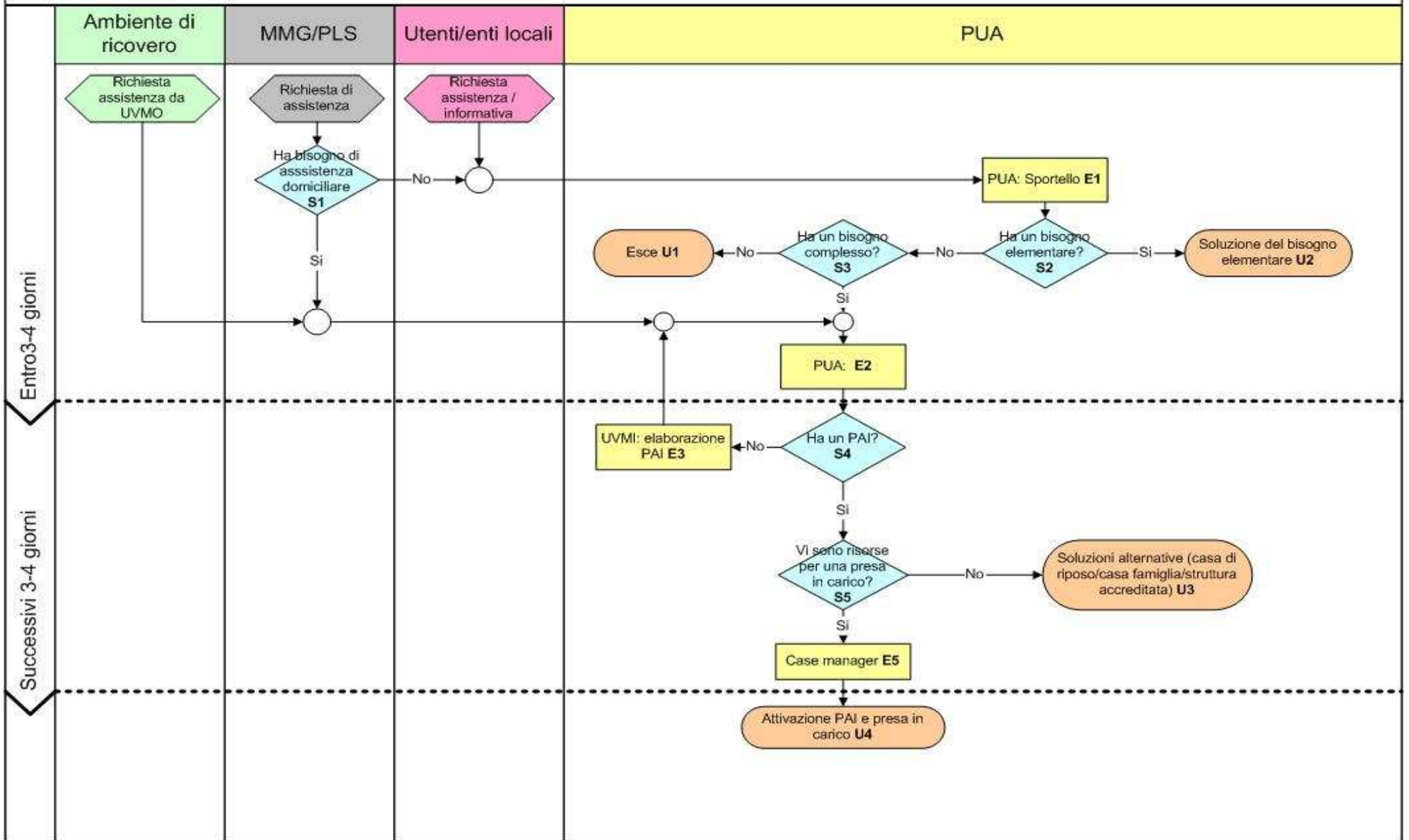
L'attuabilità del PAI sarà verificata dal medico del PUA od altro medico del NOD: in caso di possibile gestione nella rete dei servizi, il caso sarà affidato al case manager.

**Indicatori di valutazione :**

numero casi trattati/numero dei casi proposti al PUA

percentuale dei casi trattati con il rispetto del percorso

# Percorso organizzativo Punto Unico di Accesso



## LEGENDA

### Ingresso al percorso

Richiesta assistenza da UVMO: il piano di valutazione viene effettuato tramite interazione fra le UVMO e UVMD ed il paziente viene dimesso con un piano assistenziale già concordato nell'ottica della continuità assistenziale (vedi percorso CA)

Richiesta di intervento da parte del medico di medicina generale: la richiesta può riguardare aspetti legati all'inserimento in ADI/ADP o supporto modulistica/informativo dal front-office

Segnalazione da enti locali: sarebbe opportuno definire una scheda di accesso unica dai servizi sociali. Attualmente ogni consorzio utilizza modulistica propria.

E1

**PUA: sportello**

Lettura del bisogno e risposta al bisogno semplice

**REGIME ASSISTENZIALE:**

Territorio

---

**PERSONALE COINVOLTO**

Amministrativo (altre figure alternative)

**ATTIVITA' SVOLTE**

Informazioni. Colloquio per individuare la richiesta.  
Soluzione al problema semplice

---

**TRAGUARDO DELL'EVENTO**

Selezionare i pazienti necessitanti di ulteriore valutazione per eventuale presa in carico territoriale;  
dare soluzione ai problemi elementari (es. pratiche.....)

---

E3

**PUA: equipe**

Riceve dallo sportello il caso meno semplice per valutarne il bisogno. Risposte alle problematiche di relativa complessità. Per i pazienti dal bisogno complesso ne definisce la presa in carico ed attiva la UVMI. Verifica dell'attuabilità del PAI. Attivazione del Case Manager

**REGIME ASSISTENZIALE:**

Territorio

---

**PERSONALE COINVOLTO**

<b>Medico</b>	Valutazione delle necessità cliniche; valutazione dell'applicabilità del PAI; attivazione del Case Manager
<b>Infermiere</b>	Valutazione del bisogno infermieristico;
<b>Assistente sociale</b>	Valutazione del bisogno sociale
<b>Amministrazione</b>	Redazione parte documentale e sua archiviazione

---

**ATTIVITA' SVOLTE**

Riceve dallo sportello il caso meno semplice per valutarne il bisogno. Risposte alle problematiche di relativa complessità. Per i pazienti dal bisogno complesso ne definisce la presa in carico ed attiva la UVMI. Verifica dell'attuabilità del PAI. Attivazione del Case Manager

**DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE**

---

Cartella clinica

---

**TRAGUARDO DELL'EVENTO**

Definizione della presa in carico

---

## **UVMI**

Effettua la valutazione dei bisogni assistenziali integrati per bisogni complessi di secondo livello. Redige il Piano Individuale Assistenziale (PAI).

### **REGIME ASSISTENZIALE:**

Territorio

---

### **PERSONALE COINVOLTO**

1. Medico del NOD (Nucleo Operativo Distrettuale)
2. N° 1 Assistente sociale di distretto
3. Infermiere

#### **Ingrati da:**

1. MMG o PLS
2. Assistente sociale dell'ente locale o dell'ufficio di piano
3. Specialista di branca

### **ATTIVITA' SVOLTE**

La Commissione procede a redigere un Piano di attività Individuali (tramite strumento informatico VAOR-ADI).

---

### **DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE**

Piano delle Attività individuali.

---

### **TRAGUARDO DELL'EVENTO**

Redazione del PAI

---

## **Case manager**

Infermiere o assistente sociale opportunamente formato

### **REGIME ASSISTENZIALE:**

Territorio

---

### **PERSONALE COINVOLTO**

#### **Infermiere o assistente sociale**

Coordina e verifica l'attuazione di tutte le azioni previste dal PAI sino alla dimissione. Si rapporta con il PUA, con l'UVMI e con la rete dei servizi assistenziali e le famiglie degli utenti

---

### **DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE**

Compilazione del diario clinico del paziente

---

### **TRAGUARDO DELL'EVENTO**

Gestione e coordinamento di quanto programmato dal PAI

---

S1

**Ha bisogno di assistenza domiciliare?**

Il medico di medicina generale sulla base delle necessità complesse propone il caso al PUA. Altra possibilità è che possa inviare il paziente al PUA front-office per informative o aiuti elementari

S2

**Ha un bisogno semplice?**

Un bisogno è definito semplice se può avere una soluzione immediata

S3

**Ha un bisogno più complesso?**

Se le problematiche non possono avere una risposta immediata o semplice

S4

**Ha un PAI già compilato?**

Criterio valido qualora il paziente provenga dall'ospedale ed abbia già una PAI compilato dall'UVMO

S5

**Vi sono risorse per una presa in carico?**

La presa in carico è funzione delle risorse presenti al momento e quindi definibile step per step. In caso contrario si valutano soluzioni alternative quali case di riposo, SRA..... a seconda delle esigenze

Uscite dal percorso

U1: qualora il PUA non ravveda alcuna necessità assistenziale, sia essa semplice che complessa

U2: soluzione elementare semplice. E' la risposta al problema elementare/ semplice che può dare il PUA sportello (indicazione su pratiche, modelli, informative assistenziali.....)

U3: soluzioni alternative. Soluzioni alternative: casa famiglia RSA..... Riguarda tutte quelle condizioni in cui il PUA non ravveda la possibilità di una presa in carico. Sarà compito del PUA definire e raccordarsi con altre strutture come RSA, casa famiglia..... e comunicare la destinazione del paziente al reparto d'origine

U4: attuazione del PAI. Il case manager coordinerà tutte le attività territoriali deputate alla risposta del bisogno complesso del paziente.

## 2 - PERCORSO ORGANIZZATIVO SULLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE

REVISIONE 2008



## Introduzione

*La continuità assistenziale, governata dal distretto, si configura come la risposta al bisogno di non interruzione del processo assistenziale, realizzando l'integrazione tra le due componenti del sistema sanitario (ospedale e territorio) nei diversi livelli di intensità e complessità. Nell'ambito della continuità delle cure, le dimissioni protette (dimissioni in continuità assistenziale) rappresentano una modalità di intervento particolarmente significativa nella gestione dei soggetti fragili.*

I percorsi di cura non possono concludersi all'interno dell'ospedale né identificarsi con l'assistenza offerta dalle cure primarie al fine di garantire la centralità dell'utente.

Occorre individuare modalità di raccordo e di relazione stabili ed esplicite fra assistenza ospedaliera e cure territoriali, e tra servizi sanitari e sociosanitari.

Occorre cioè correlazione fra livelli assistenziali di diversa intensità e complessità, e quindi uno sviluppo della Continuità Assistenziale, quale percorso integrato tra la rete dei servizi ospedalieri e la rete dei servizi sociosanitari territoriali.

La continuità assistenziale non costituisce una sovrapposizione strutturale, ma piuttosto rappresenta uno sviluppo funzionale e organizzativo, con la caratteristica della Bidirezionalità, ovvero possibilità di attivare percorsi dall'ospedale al territorio, ma anche inversamente, dal territorio all'ospedale o ad altro setting assistenziale.

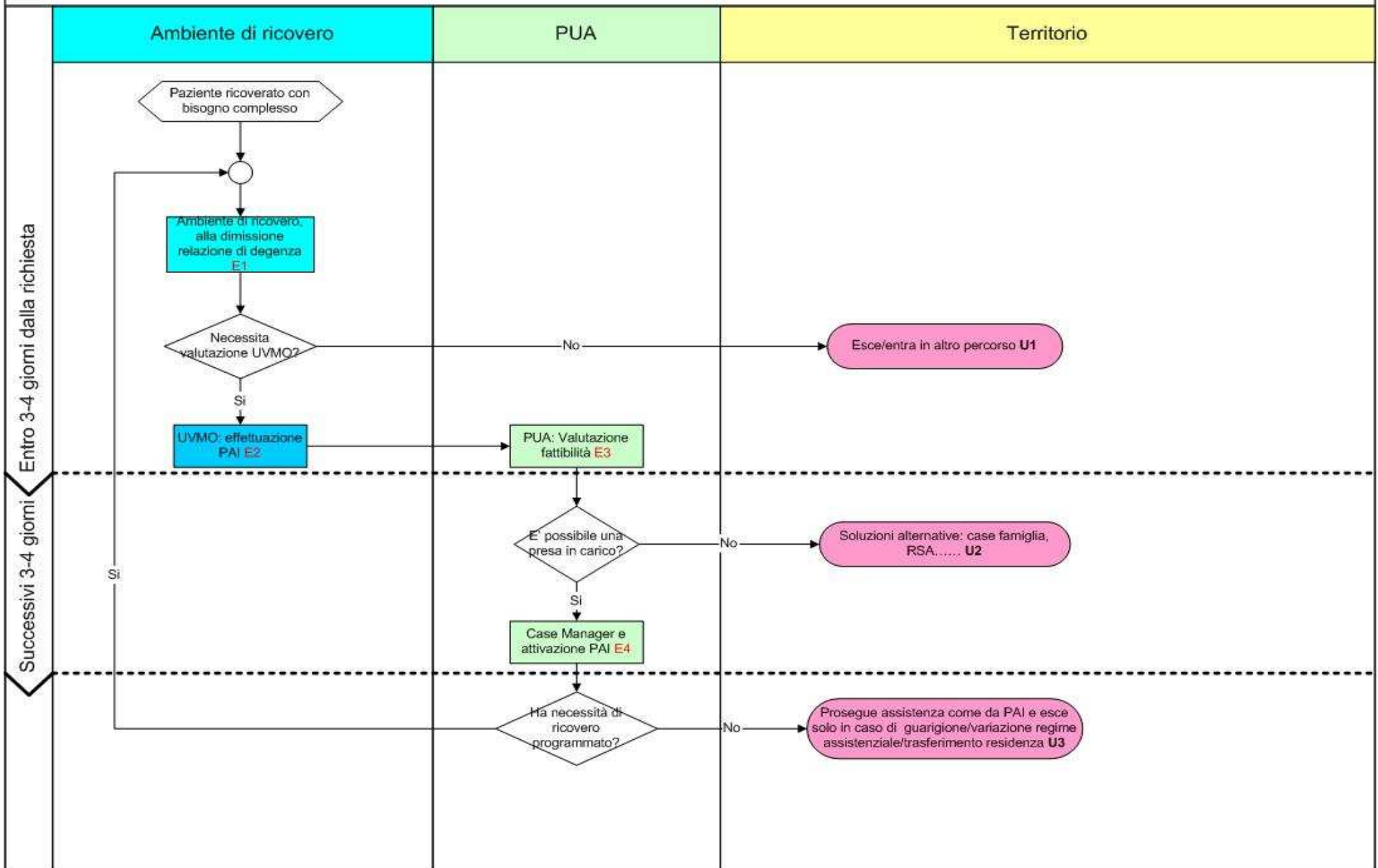
### **Ambiti esclusivi CA:**

- dimissioni protette (dimissione in continuità assistenziale)
- percorsi riabilitativi integrati per ictus, frattura di femore, patologia cardiovascolare
- cure palliative
- gestione integrata di pazienti con patologie croniche (es: neoplasie, diabete, insufficienza respiratoria cronica) e con problematiche ad alta intensità assistenziale (es.: SLA)
- gestione integrata di pazienti con disturbi cognitivi e del comportamento (demenze senili e malattia di Alzheimer).

### **Indicatori di valutazione :**

- numero e tipologia di percorsi di continuità assistenziale attivati
- numero e tipologia di accordi e protocolli
- numero e tipologia di pazienti inseriti nei percorsi

# Processo organizzativo continuità assistenziale



## LEGENDA

### Ingresso al percorso di continuità assistenziale territoriale:

- dimissioni protette (dimissione in continuità assistenziale)
- percorsi riabilitativi integrati per ictus, frattura di femore, patologia cardiovascolare
- cure palliative
- gestione integrata di pazienti con patologie croniche (es: neoplasie, diabete, insufficienza respiratoria cronica) e con problematiche ad alta intensità assistenziale (es.: SLA)
- gestione integrata di pazienti con disturbi cognitivi e del comportamento (demenze senili e malattia di Alzheimer).

### E1: Scheda di dimissione e valutazione

Tutti i pazienti dimessi dai nosocomi dell'Azienda devono avere una relazione di degenza in cui vanno esplicitate le sequele terapeutiche.

**REGIME ASSISTENZIALE:** Reparto di degenza

---

#### PERSONALE COINVOLTO

Medico di reparto

#### ATTIVITA' SVOLTE

Una volta definita la complessità delle necessità assistenziali del paziente, avverte più celermente possibile l'UVMO (vedi criteri inclusione) in modo da garantire una rapida programmazione dell'assistenza al paziente. Alla dimissione compila la relazione di degenza e valutazione dei bisogni e delle patologie

---

#### DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE

Relazione di degenza

---

#### INFORMAZIONI AL PAZIENTE E ALLA FAMIGLIA

Il paziente ed eventualmente i familiari vengono adeguatamente informati e coinvolti nella condivisione degli aspetti assistenziali, dei vantaggi e delle eventuali difficoltà.

---

#### TRAGUARDO DELL'EVENTO

E2

### **Valutazione dell'U.V.M. O.**

Tutti i pazienti con necessità di risposte complesse territoriali e che rientrano nel target delle patologie (vedi ingresso), nella fase di programmazione della dimissione dai nosocomi dell'Azienda vengono sottoposti a valutazione multidimensionale tramite software informatico. Da tale valutazione ne deriva l'elaborazione di un Piano assistenziale individualizzato (PAI)

**REGIME ASSISTENZIALE:** Reparto di degenza. E' opportuno che l'UVMO si riunisca almeno 2 volte la settimana in modo da garantire risposte non oltre 3-4 giorni dalla richiesta dell'intervento. La richiesta di intervento deve pervenire quando si inizia a programmare la dimissione e non durante la dimissione!!!!

---

### **PERSONALE COINVOLTO NELL'UVMO**

1. Medico di reparto: definisce le esigenze cliniche del paziente
  2. Caposala/infermiera U.V.M. Ospedaliera: coordina le attività dell'UVMO e si occupa di trasmettere il PAI al PUA
  3. Assistente Sociale DMO : valuta il fabbisogno sociale eventualmente interfacciandosi con l'assistente sociale del distretto competente
  4. Consulente specialistico di branca (ove necessario): definizione di interventi assistenziali particolari
  5. Se possibile, MMG
- 

### **ATTIVITA' SVOLTE**

Valutazione della necessità del paziente, definizione della presa in carico e, se ritenuto necessario, de PAI. Trasmissione del PAI al PUA distrettuale

---

### **DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE**

- Compilazione del documento informatico VAOR-ADI ed elaborazione del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.)
- 

### **INFORMAZIONI AL PAZIENTE E ALLA FAMIGLIA**

Il paziente ed eventualmente i familiari vengono adeguatamente informati e coinvolti nella condivisione degli aspetti assistenziali, dei vantaggi e delle eventuali difficoltà.

---

**TRAGUARDO DELL'EVENTO**

Elaborare il Piano Assistenziale Individuale (P.A.I.) e trasmissione al PUA distrettuale

---

E3

**PUA: equipe**

Verifica dell'attuabilità del PAI. Attivazione del Case Manager per rendere il PAI esecutivo

**REGIME ASSISTENZIALE:**

Territorio

---

**PERSONALE COINVOLTO**

**Medico dedicato:** Valutazione delle necessità cliniche; valutazione dell'applicabilità del PAI; attivazione del Case Manager

**Infermiere dedicato:** Valutazione del bisogno infermieristico;

**Assistente sociale:** Valutazione del bisogno sociale

**Amministrazione:** Redazione parte documentale e sua archiviazione

---

**ATTIVITA' SVOLTE**

Verifica dell'attuabilità del PAI. Attivazione del Case Manager

---

**DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE**

Cartella clinica

---

**INFORMAZIONI ALLA FAMIGLIA**

Informazione sul percorso redatto. Istruzione sulle risposte attuabili dalla famiglia stessa

---

**TRAGUARDO DELL'EVENTO**

Definizione della presa in carico

---

E4

### **Case manager**

Infermiere o assistente sociale opportunamente formato che prende in carico il paziente e che coordina tutti i servizi territoriali (e le necessità ospedaliere) in ottemperanza del PAI

#### **REGIME ASSISTENZIALE:**

Territorio

---

#### **PERSONALE COINVOLTO**

**Infermiere o assistente sociale (Case Manager)** Coordina e verifica l'attuazione di tutte le azioni previste dal PAI sino alla dimissione. Si rapporta con il PUA, con la rete dei servizi assistenziali e le famiglie degli utenti. Se necessario riprogramma il re-ricovero facendo riferimento al reparto di origine.

---

#### **DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE**

Compilazione del diario clinico del paziente

---

#### **TRAGUARDO DELL'EVENTO**

Gestione e coordinamento di quanto programmato dal PAI

---

## Uscite dal percorso

U1: L'uscita viene definita da una mancanza di riscontro della complessità assistenziale o dalle necessità cliniche del paziente che non consentono una gestione al di fuori di strutture ad alta intensità (nel caso dell'ictus è attivo il percorso ictus e riabilitazione della Medicina fisica e Riabilitazione)

U2: soluzioni alternative: casa famiglia RSA..... Riguarda tutte quelle condizioni in cui il PUA non ravvede la possibilità di una presa in carico. Sarà compito del PUA definire e raccordarsi con altre strutture come RSA, casa famiglia..... e comunicare la destinazione del paziente al reparto d'origine

U3: attuazione del PAI. Il case manager coordinerà tutte le attività territoriali deputate alla risposta del bisogno complesso del paziente.