

LE CURE DOMICILIARI

ASL 9

COeSO

La sperimentazione delle “cure domiciliari” promossa dai Comuni dell’area grossetana d’intesa con la ASL 9, trova l’avvio in un’analisi approfondita dei bisogni del territorio, in particolare:

- la previsione di una popolazione anziana in crescita
- l’individuazione di situazioni caratterizzate da un’alta complessità dei bisogni
- la rilevazione di bisogni differenziati, caratterizzati da esigenze sia di natura sanitaria che sociale
- l’esigenza di potenziare e migliorare l’assistenza domiciliare integrata attraverso la definizione di precise modalità organizzative del servizio e delle sue articolazioni in forme di intensità assistenziale diversificata per promuovere il più a lungo possibile il mantenimento dell’anziano nel suo contesto di vita e per un’azione di sostegno e di valorizzazione della famiglia come luogo di cura;

L’analisi dei bisogni ha determinato l’impegno a:

- promuovere l’utilizzo degli strumenti dell’integrazione socio sanitaria, dal livello programmatico a quello operativo, per agevolare il raccordo tra il momento valutativo, identificativo del bisogno, e la messa a disposizione della risposta assistenziale necessaria;
- lavorare sulla prevenzione della non autosufficienza, soprattutto nei confronti degli “anziani fragili”
- garantire nel modo più appropriato la cura della persona anziana in qualsiasi grado di intensità di malattia o di cronicità essa si trovi, assicurando la continuità del percorso assistenziale
- diversificare e personalizzare l’offerta dei servizi integrati, con il concorso di competenze e risorse sociali e sanitarie.
- ridefinire le modalità di accesso ai servizi secondo il criterio dell’accesso unificato

A tale scopo sono state previste delle azioni fondamentali:

- confermare e potenziare il ruolo della zona distretto e della sua funzione di “governo” del sistema complessivo dei servizi e dei percorsi assistenziali;
- confermare il ruolo centrale del medico di medicina generale quale garante della risposta al bisogno di salute del cittadino-utente e della conduzione clinica dei percorsi assistenziali;
- confermare e definire il ruolo e l’apporto degli specialisti
- riqualificare il momento valutativo multidimensionale del bisogno di assistenza e la definizione del piano personalizzato di intervento con l’istituzione dell’ UVM
- utilizzare nuovi strumenti valutativi oltre agli attuali definiti dalla del. N. 214/91
- coinvolgere le persone e le famiglie sia nella stesura del progetto personalizzato che nella valutazione di efficacia degli interventi assistenziali attivati
- garantire tempestivamente la valutazione del bisogno e la risposta socio sanitaria come da progetto individualizzato
- garantire la continuità del percorso assistenziale

REGOLAMENTO di funzionamento U.V.M.

L'Azienda ASL d'intesa con i Comuni della zona grossetana ridefinisce le modalità di funzionamento del nucleo di valutazione multidimensionale e istituisce l'Unità di Valutazione Multidimensionale, di seguito definita U.V.M. presso la zona distretto; ne definisce le competenze, la composizione e le modalità di funzionamento, assicurando che al suo interno sia garantita la partecipazione del Medico di Medicina Generale, la presenza delle componenti professionali indispensabili e l'apporto effettivo delle competenze specialistiche necessarie, come definito dalla Del. G.R. 402/2004.

La U.V.M. è dotata di potere decisionale affinché le indicazioni terapeutiche e assistenziali contenute nei progetti di assistenza possano essere attuati concretamente attraverso prestazioni adeguate.

A tal fine l'Azienda ASL 9 e il COeSO dotano l'U.V.M. di risorse tecnico professionali ed economiche e le conferiscono piena delega operativa inerente le competenze assegnate.

COMPETENZE dell'U.V.M.

L'U.V.M. ha il compito di definire lo stato di salute del soggetto, la natura del bisogno di assistenza, le risorse della persona e della famiglia, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale necessario, la sua durata, le risorse da attivare.

Garantisce la capacità di valutare i bisogni in modo integrato, di elaborare progetti personalizzati, assicura la condivisione delle responsabilità da parte delle professionalità coinvolte, coinvolge le persone e le famiglie sia nella stesura del progetto personalizzato che nella valutazione di efficacia degli interventi assistenziali attivati.

Attiva le risorse professionali e finanziarie per garantire il governo dell'offerta dei servizi, effettua verifiche periodiche necessarie al monitoraggio degli esiti raggiunti e ridefinisce se necessario, il piano personalizzato di intervento.

STRUMENTI

L'U.V.M. adotta specifici strumenti di valutazione sulla base delle indicazioni dell'O.M.S. che individua come fondamentali tre aree di indagine per un'analisi multidimensionale dei bisogni: funzione-organica, cognitiva- comportamentale, socio-relazionale.

Per poter garantire in sede di valutazione del bisogno un'analisi globale della condizione della persona con riferimento alle condizioni organiche, funzionali, cognitive, sociali e di contesto ambientale e relazionale si individuano gli strumenti che soddisfano i criteri raccomandati dall'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) e quanto previsto dall'articolo 2 del DPCM 14/02/01 (atto di indirizzo sull'integrazione socio-sanitaria)

L'U.V.M. utilizza inoltre per la valutazione dell'Autosufficienza tutti gli strumenti previsti dalla Del. 214/92

AMBITO DI COMPETENZA

L'ambito di competenza della U.V.M. è rappresentato dal territorio dei 6 comuni ricompresi nella zona distretto area grossetana, nello specifico: i comuni di Grosseto, Campagnatico, Castiglione della Pescaia, Civitella Paganico, Roccastrada, Scansano.

COMPOSIZIONE

L'U.V.M. è composta permanentemente dalle figure professionali previste dalla del. 402/2004, in particolare l'Azienda Asl 9 e il COeSO individuano congiuntamente e nominalmente le componenti professionali indispensabili (allegato 1)

L'U.V.M. garantisce la presenza del Medico di Medicina Generale e prevede al bisogno l'integrazione con il Medico Specialista, nonché dell'équipe ospedaliera nella fase di dimissione, se la persona necessita di un percorso di assistenza in fase post-acuta e/o di lungo assistenza da organizzarsi al domicilio.

SEDE

L'U.V.M. ha sede a Grosseto in via Don Minzioni, 7 presso la sede della zona distretto, dove è ubicato il P.U.A. (Punto Unico di Accesso) e il G.P. (gruppo di progetto).

ORARIO DI FUNZIONAMENTO

L'U.V.M. è attiva tutti i giorni della settimana dal lunedì al sabato compreso in orario antimeridiano e si riunisce al bisogno.

MODALITA' DI FUNZIONAMENTO DELL'U.V.M.

L'U.V.M. coincide con il Gruppo di Progetto.

Può essere attivata dal :

- Punto Unico di Accesso
- Presidio ospedaliero
- dal M.M.G.
- dal Servizio Sociale

L'attivazione dal Presidio ospedaliero è regolamentata da specifico regolamento circa le modalità di relazione tra l'ospedale e il territorio, in modo da garantire semplificazione e rapidità delle procedure di dimissione, con continuità verso altre forme di assistenza se necessarie, garantendo comunque il collegamento funzionale con l'Unità di valutazione Multidimensionale del territorio, per una decisione condivisa sugli interventi di assistenza e per le successive valutazioni nell'evolversi del percorso assistenziale.

Il regolamento a cui si fa specifico rinvio, prevede che la segnalazione dal Presidio Ospedaliero venga inviata al Punto Unico di Accesso del territorio, almeno 5 giorni prima della dimissione, tramite scheda di segnalazione.

L'U.V.M. ricevuta la scheda di segnalazione, dovrà provvedere entro un tempo massimo di 3 giorni, alla valutazione complessiva del bisogno; in caso di urgenza di dimissione che comunque non può essere prevista nei giorni prefestivi e festivi, il Gruppo di Progetto/ U.V.M. provvederà entro 24 ore, alla prima valutazione del bisogno e alla prima stesura del piano assistenziale personalizzato, con l'attivazione degli opportuni interventi assistenziali, che successivamente sarà rivalutato nella sua globalità.

PROGETTO PERSONALIZZATO DEL PIANO DI ASSISTENZA

L'U.V.M garantisce la definizione del progetto individuale di assistenza che dovrà contenere:

- la definizione del problema, a partire dai bisogni espressi dal soggetto e dalla famiglia
- i bisogni e le funzionalità evidenziate dalla valutazione multidimensionale
- i risultati attesi, misurabili, concreti e definibili nel tempo e sulla base del complesso delle risorse effettivamente disponibili

- il piano operativo, che definisce le azioni/interventi necessari al raggiungimento dei risultati attesi dovrà essere descritto per singole prestazioni elementari dettagliate
- l'indicazione del responsabile del caso

RESPONSABILE DEL PROCESSO DI CURA o care manager

Nell'ambito dell'U.V.M. è stato individuato il responsabile del processo di cura o "care manager". Il care manager ha il compito di garantire modalità operative idonee ad assicurare la continuità assistenziale, individuando le soluzioni concrete che meglio possono consentire, per l'attuazione dei progetti personalizzati, l'apporto integrato delle professionalità e l'attivazione dei servizi previsti.

La funzione di care manager è attribuita alla dott.ssa Grazia Cillerai.

RESPONSABILE DELLA PRESA IN CARICO o case manager

Il case manager che segue le diverse fasi attuative del piano di intervento personalizzato, ne cura la valutazione di qualità e di efficacia ed è garante della continuità dei rapporti con la persona e con la famiglia che svolge il ruolo di cura.

Il compito è svolto dal medico di Medicina Generale di libera scelta.

COINVOLGIMENTO DELLA FAMIGLIA per la condivisione del progetto

Nella definizione del piano di assistenza dovrà essere ricercato e assicurato il massimo coinvolgimento della persona interessata, quando possibile, e della famiglia per la condivisione della risposta più idonea al soddisfacimento del bisogno assistenziale, che si concretizzerà nella sottoscrizione del "contratto" e del "consenso informato". (allegato 2)

REGOLAMENTO di funzionamento del Punto Unico di Accesso

Il Piano Sanitario regionale (PSR) prevede che debba essere assicurato nella zona distretto un percorso di accesso unificato ai servizi in modo da evitare per l'utente o chi lo rappresenta, difficoltà nella richiesta d'assistenza o attivazioni duplicate di intervento.

Il PSR fa inoltre una distinzione tra problemi esclusivamente sanitari o esclusivamente sociali, per i quali la figura di riferimento è rispettivamente il Medico di Medicina Generale o l'Assistente Sociale, e problemi inerenti bisogni complessi, quali quelli derivanti da una condizione di NON Autosufficienza della persona anziana, che richiedono competenze professionali integrate, per i quali l'accoglienza della domanda deve essere assicurata dall'Unità Multiprofessionale che attua la Valutazione Multidimensionale della persona.

Il COeSO e l'Azienda ASL attivano d'intesa il Punto Unico di Accesso

COMPETENZE del P.U.A.

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il punto amministrativo di raccolta di tutte le segnalazioni di bisogno e le richieste di intervento inerenti gli anziani ultra 65 anni nonché rappresenta il punto di coordinamento della presa in carico.

Riceve le segnalazioni dai Medici di medicina Generale, dai presidi Ospedalieri, dai presidi territoriali, dal servizio sociale, dagli specialisti.

Predispose la Cartella Assistito

Gestisce l'archivio dei dati

Gestisce il sistema e il flusso informativo

Fornisce una corretta informazione in relazione al percorso assistenziale e alla presa in carico

AMBITO DI COMPETENZA

L'ambito di competenza del P.U.A. è rappresentato dal territorio dei 6 comuni ricompresi nella zona distretto area grossetana, nello specifico: i comuni di Grosseto, Campagnatico, Castiglione della Pescaia, Civitella Paganico, Roccastrada, Scansano.

SEDE

Il P.U.A. ha sede presso la zona distretto a Grosseto, in via Don Minzioni, 7

PROFESSIONALITA'

La professionalità prevista all'interno del P.U.A. è un collaboratore amministrativo.

ORARIO DI ATTIVITA'

Il P.U.A. svolge la sua attività per 6 giorni settimanali dal lunedì al sabato compreso, con orario giornaliero 9,00 – 12,00

MODALITA' DI SEGNALAZIONE AL P.U.A.

Il P.U.A. può ricevere le segnalazioni con varie modalità:

- 1) o mediante la trasmissione via fax della scheda di segnalazione (allegato 3)
- 2) o telefonicamente
- 3) o E mail

Il collaboratore Amministrativo del P.U.A. dopo aver predisposto la Cartella Assistito, provvede a trasmettere la segnalazione al Medico di Distretto tramite consegna diretta, considerato che la sede di entrambi i servizi è ubicata nel distretto.

GRUPPO DI PROGETTO

Nella sede del P.U.A. è collocato il Gruppo di Progetto, di seguito denominato G.P., che per esigenza di ottimizzazione delle risorse da parte delle due Aziende, coincide con l'U.V.M. (allegato 1)

FUNZIONI

Il G.P. svolge un lavoro propedeutico. Attraverso la prima lettura del bisogno semplice o complesso segnalato dal P.U.A., attiva il percorso orientandolo verso la U.V.M. per le situazioni complesse (bisogni socio sanitari) o verso il MMG se il bisogno è sanitario semplice o verso l'Assistente sociale del COeSO se il bisogno è sociale semplice.

Assicura la presa in carico tempestiva nei casi di urgenza, caratterizzandosi come gruppo di operatori di primo contatto e di pronto intervento.

SEGNALAZIONE URGENTE – procedura di intervento

Nel caso di segnalazione urgente il G.P.(composto dagli stessi operatori dell'U.V.M.) procede alla prima valutazione del bisogno e all'attivazione degli interventi necessari informando l'U.V.M. che entro un massimo di tre giorni, procederà alla valutazione e alla predisposizione del piano di assistenza e al relativo contratto con la famiglie.

SEDE

Il G.P. ha sede presso il P.U.A. ubicato nella sede della zona distretto a Grosseto, in via Don Minzioni, 7

ORARIO DI ATTIVITA'

Il G.P. svolge la sua attività per 6 giorni settimanali dal lunedì al sabato compreso, con orario giornaliero 9,00 – 12,00

