



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Servizio Sanità dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità e del Dirigente del Servizio Politiche sociali che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e che dal presente atto non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

DELIBERA

- di approvare, secondo quanto motivato, l'allegato A "Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali" quale parte integrante e sostanziale al presente atto;
- di stabilire che, nelle more della formalizzazione dell'Unità Valutativa Integrata nell'ambito dell'Unità Operativa Sociale e Sanitaria, i tempi di utilizzo degli strumenti di valutazione individuati nel presente atto sono quelli definiti nel punto 5 dell'allegato A;
- di demandare ai dirigenti dei Servizi Sanità e Politiche sociali e sport il monitoraggio e la verifica dell'applicazione puntuale delle disposizioni previste.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

(Elsa Moroni)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

(Gian Mario Spacca)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Riferimenti normativi

- D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 Norme per la realizzazione del Servizio Sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419
- D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
- D.P.C.M del 14 febbraio 2001 Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie
- Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione
- D.P.C.M del 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza
- L.R. 20 giugno 2003 n. 13 Riorganizzazione del servizio sanitario regionale e s.m.i.
- DGR 28 giugno 2007 n. 720 Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella Regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali
- L.R. 22 novembre 2010, n. 17 Modifiche alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13 "Riorganizzazione del Servizio sanitario regionale"
- L.R. 1 agosto 2011, n. 17 Ulteriori modifiche della Legge Regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale", della Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e modifica della legge regionale 22 novembre 2010, n. 17
- DACR 16 dicembre 2011 n. 38 Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014 "Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo"
- DGR 16 aprile 2012 n. 528 Linee di attuazione ed implementazione del PSSR 2012 - 2014. Approvazione
- L.R. 24 settembre 2012, n. 28 Modifiche alla legge regionale 17 luglio 1996, n. 26: "Riordino del servizio sanitario regionale" e alla legge regionale 20 giugno 2003, n. 13: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale"
- DGR 3 dicembre 2012 n. 1696 Direttiva vincolante per i Direttori generali degli Enti del SSR, per l'attuazione del D.L. 95/2012 convertito in Legge 135 del 7 Agosto 2012 concernente disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi dei cittadini
- L.R. 1 dicembre 2014 32 Sistema regionale integrato dei servizi sociali a tutela della persona e della famiglia

Motivazioni

Va assunto come indicazione strategica ed operativa, oltre che come dettato di legge, il coerente rimando tra i contenuti del D.Lgs. 229/99 sulle "prestazioni sociosanitarie: tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione", e l'impostazione della L. 328/00 sul "metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni", che prevede: il "coordinamento ed integrazione degli interventi sociali con gli interventi sanitari" e la "concertazione e cooperazione tra i diversi livelli istituzionali", facendo espli-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

cito riferimento alle "aziende unità sanitarie locali per le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio Sanitario Nazionale".

Le modifiche al Titolo V della Costituzione hanno sostanzialmente cambiato il sistema delle responsabilità in ordine all'assistenza sanitaria e sociale, responsabilizzando fortemente i livelli regionale e territoriale locale nella garanzia dei diritti di cittadinanza.

La necessità di affrontare i bisogni complessi, che richiedono unitarietà di intervento, progetti personalizzati, continuità dell'assistenza, valutazione multidisciplinare, condivisione degli obiettivi, progettazione integrata delle risposte, valutazione partecipata degli esiti, trova nell'integrazione dei servizi sanitari e sociali il fondamento per affrontare correttamente tale complessità.

I contenuti specifici della normativa nazionale sull'integrazione sociale e sanitaria relativi alla "definizione delle prestazioni socio-sanitarie" (D.P.C.M. 14/02/2001) e alla individuazione dei "Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria" (D.P.C.M. 29/11/2001), sintetizzati nel capitolo "X.4 La Pianificazione delle azioni" del Piano Socio Sanitario Regionale 2012/2014 "Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo" (DACR n. 38 del 16 dicembre 2011) (PSSR 2012-2014), vanno declinati nel processo di organizzazione del sistema istituzionale e operativo per l'integrazione sociale e sanitaria perseguendo l'obiettivo di rafforzare la logica di sistema unitario e coerente collocando organicamente al suo interno le necessarie specificità di settore e di contesto territoriale.

In particolare il PSSR 2012-2014 afferma che:

- la scelta di considerare l'integrazione sociale e sanitaria un'area da gestire unitariamente tra responsabilità e competenze sanitarie e sociali si è dimostrata positiva sia per il necessario rispetto dei diversi soggetti istituzionali coinvolti, sia per il fatto che non sono state create sovrastrutture organizzative e gestionali, sia perché ha permesso di ridurre sovrapposizioni e duplicazioni di interventi;
- l'integrazione sociale e sanitaria ha assunto una sua visibilità ed una progressiva fisionomia sia a livello regionale (con le funzioni di raccordo fino ad ora svolte dall'Agenzia Regionale Sanitaria) che locale con ASUR (Direzione Generale e Aree Vaste) e, soprattutto a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale;
- pur con le difficoltà incontrate, la progressiva definizione delle competenze e dei processi organizzativi e gestionali dell'integrazione sociale e sanitaria costituisce una importante assunzione di responsabilità congiunta tra i soggetti pubblici che hanno responsabilità in questo settore a cui corrisponde una significativa, progressiva, qualificazione degli interventi di disposta ai bisogni dei cittadini";

Su questa linea ancora il PSSR 2012-2014 conferma il "modello marchigiano di integrazione socio sanitaria" che:

- "mantiene ed esalta la competenza sociale dei Comuni, promuovendo programmazione e gestione associata dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale (ATS); non prevede deleghe di competenze sociali alla sanità;
- conserva le competenze sanitarie nel sistema ASUR/Aree Vaste/Distretti Sanitari, rafforzando l'area socio-sanitaria;
- rafforza la dimensione unitaria del Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale come luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come interfaccia istituzionale principale della rete di servizi integrati sociali e sanitari".

Infine il PSSR 2012-2014, nel capitolo X.3.4 "Processi, percorsi, procedure" indica come "L'unitarietà della integrazione di interventi e servizi dell'area socio-sanitaria va garantita definendo processi, percorsi e procedu-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

re per le principali funzioni comuni ai diversi settori di intervento, che trovano le necessarie specificità e contestualizzazioni solo all'interno di un quadro coerente ed organico". Il primo dei processi indicati che la Giunta Regionale deve definire con atto specifico è il:

"Governo della domanda, declinato nelle tre aree logiche:

- accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario (Punto Unico di Accesso - PUA);
- valutazione integrata a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale (Unità Valutativa Integrata - UVI);
- presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata, con il Piano Assistenziale Individuale (PAI)".

Per attuare questa indicazione del PSSR 2012-2014 l'allegato A definisce le modalità di costruzione dei processi di "Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali" e la loro articolazione segue le fasi logiche del percorso di elaborazione adottato:

- Riferimenti normativi e documenti d'indirizzo
- Finalità e contenuti
- Punto Unico di Accesso (PUA)
- Unità di Valutazione Integrata (UVI)
- Presa in carico e continuità dell'assistenza, Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)
- Sistema informativo-gestionale
- Formalizzazione della integrazione per il governo della domanda socio-sanitaria
- Azioni di accompagnamento e percorsi formativi

L'allegato A, alla presente proposta di deliberazione è stato esaminato senza osservazioni dai Dirigenti delle: P.F. Assistenza Territoriale e P.F. Osservatorio Socio-sanitario e Servizio Civile Volontario dell'Agenzia Regionale Sanitaria, P.F. Programmazione sociale del Servizio Politiche Sociali e Sport.

Esito dell'istruttoria

Per quanto sopra espresso si propone:

- di approvare, secondo quanto motivato, l'allegato A "Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Governo della domanda socio-sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali" quale parte integrante e sostanziale al presente atto;
- di stabilire che, nelle more della formalizzazione dell'Unità Valutativa Integrata nell'ambito dell'Unità Operativa Sociale e Sanitaria, i tempi di utilizzo degli strumenti di valutazione individuati nel presente atto sono quelli definiti nel punto 5 dell'allegato A;
- di demandare ai dirigenti dei Servizi Sanità e Politiche sociali e sport il monitoraggio e la verifica dell'applicazione puntuale delle disposizioni previste.

Il responsabile del procedimento
(Piero Ciccarelli)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale.

Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

Il Dirigente
(Piero Cignarelli)

PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E SPORT

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta regionale.

Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

Il Dirigente
(Paolo Mannucci)

La presente deliberazione di compone di n. 35 pagine, di cui n. 28 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

Il Segretario della Giunta
(Lisa Moroni)



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato A

**Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 - Governo della domanda socio-sanitaria:
integrazione di accesso, valutazione e continuità dell'assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali**

Indice

- 1. Riferimenti normativi e documenti d'indirizzo**
- 2. Finalità e contenuti**
- 3. Punto Unico di Accesso (PUA)**
- 4. Unità di Valutazione Integrata (UVI)**
- 5. Presa in carico e continuità dell'assistenza, Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)**
- 6. Sistema informativo-gestionale**
- 7. Formalizzazione della integrazione per il governo della domanda socio-sanitaria**
- 8. Azioni di accompagnamento e percorsi formativi**

1. Riferimenti normativi e documenti d'indirizzo

Il Piano Sanitario Nazionale 2011 - 2013 individua i Punti Unici d'Accesso, i processi di Valutazione Multidimensionale e il Piano Individualizzato di Assistenza come processi centrali per il governo della domanda di salute, per favorire la continuità dell'assistenza con un approccio globale alla persona nella connessione dei suoi bisogni sociali e sanitari.

Il PSN definisce inoltre il Punto Unitario di Accesso (PUA), come luogo della raccolta della segnalazione, orientamento e gestione della domanda, attivazione di prestazioni per bisogni semplici, ed avvio della valutazione multidimensionale per i bisogni complessi, "migliorando la collaborazione e il coordinamento tra le diverse componenti, pubbliche e non, sanitarie e sociali, impegnate nel percorso di cura, al fine di garantirne l'unitarietà." (PSN 2011-2013)

Viene evidenziata inoltre la necessità, nei casi identificati come complessi, dell'attivazione dell'Unità Valutativa Integrata che procede alla individuazione delle figure multiprofessionali deputate alla presa in carico del soggetto e del case manager, responsabile/garante del progetto assistenziale. Queste figure multiprofessionali concorrono alla predisposizione di un Piano Assistenziale Individualizzato mentre l'UVI "completa il processo con la verifica degli esiti, per valutare il programma di assistenza adottato sotto il profilo della qualità e della appropriatezza". (PSN 2011-2013)

L'assetto organizzativo del Servizio Sanitario della Regione Marche è disciplinato dalla legge regionale n.13/2003 e successive modificazioni.

La scelta di un approccio integrato sociale e sanitario alle problematiche di salute, di benessere e di protezione sociale, è già evidenziata dalla L.R. 13/2003, ed è stata ulteriormente confermata da una serie di atti normativi regionali successivi e dall'operatività concreta a livello regionale e locale.

Le tappe più significative di questo percorso sono state:

- il Piano Sanitario 2007/2009 "Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del SSR per la salute dei cittadini marchigiani" (deliberazione del Consiglio regionale n. 62 del 31 luglio 2007);
- il Piano Sociale 2008/2010 "Partecipazione, tutela dei diritti, programmazione locale in un processo di continuità, consolidamento e integrazione delle politiche di welfare" (deliberazione dell'Assemblea legislativa regionale n. 98 del 27 luglio 2008);
- la DGR 720/2007 "Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella Regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali";



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- i documenti finali prodotti dai Gruppi di Progetto della Cabina di Regia per l'Integrazione sociale e sanitaria, istituita dalla DGR 720/2007.

Tale produzione normativa e di pianificazione regionale ha contribuito a delineare un assetto strutturale dell'integrazione sociale e sanitaria a livello della Regione Marche ponendo le basi di quello che si può definire il "modello marchigiano" attuale di integrazione socio sanitaria.

Il Piano Regionale Socio Sanitario 2012 - 2014 riprende tale prospettiva complessiva, che si conferma a tutt'oggi valida, sviluppando inoltre un percorso che da un lato intende correggere le disfunzioni e le criticità rilevate e, dall'altro, individua i caratteri e le modalità per rendere operative le scelte fatte, completando il processo di implementazione in corso.

Il PSSR, in coerenza con vincoli e opportunità, e secondo l'orientamento dell'integrazione sociale e sanitaria, conferma la linea regionale sviluppata in questi anni, portando a compimento i processi avviati, in particolare attraverso la dimensione unitaria del governo della domanda socio-sanitaria, declinato nelle tre aree logiche:

- accettazione e accoglienza territoriale integrata tra sociale e sanitario (Punto Unico di Accesso - PUA);
- valutazione integrata multidimensionale e multiprofessionale a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale (Unità Valutativa Integrata - UVI);
- presa in carico e continuità dell'assistenza integrata, con il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).



La DGR n. 1696 del 3 dicembre 2012, nell'Area dell'Integrazione sociale e sanitaria pone l'Obiettivo 6: Il Governo della domanda socio-sanitaria: "L'implementazione del governo della domanda socio-sanitaria necessita di dare il continuum funzionale alle tre aree logiche in cui si declina sotto il profilo organizzativo: 1) accettazione integrata tra sociale e sanitario (PUA); 2) valutazione integrata Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale; 3) definizione del PAI per la presa in carico e la continuità dell'assistenza integrata. La complessità di sviluppo di tale processo è determinata prevalentemente dall'attuale livello di disomogeneità territoriale nell'organizzazione dei tre percorsi a cui si intende dare una nuova razionalità funzionale."

2. Finalità e contenuti

Il governo della domanda nell'ambito del PSSR 2012/2014, prevede la ridefinizione e la riorganizzazione dei servizi per la gestione integrata sociale e sanitaria delle aree logiche dell'accesso e dell'accoglienza territoriale, della valutazione integrata sociosanitaria e della presa in carico per la continuità dell'assistenza.

Tale processo si inserisce nel percorso di conferma e valorizzazione del ruolo del Distretto Sanitario nell'ambito dell'organizzazione "a rete" della sanità marchigiana, con il mantenimento di alcune delle funzioni di erogazione delle prestazioni e la crescita della sua funzione di governo della domanda e dei servizi sanitari territoriali e di coordinamento dei servizi transmurati.

Il governo della domanda rappresenta inoltre uno strumento per il potenziamento del rapporto tra i due soggetti - Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale - nella organizzazione e nella gestione unitaria/congiunta dei servizi sanitari e sociali integrati.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

I processi integrati tendono a colmare la tradizionale divisione tra assistenza sanitaria e sociale rispondendo in tal modo ad una serie di obiettivi specifici:

- aumentare l'efficienza del sistema attraverso un migliore coordinamento dell'assistenza ed il superamento della frammentazione e di dispersione delle risposte rispetto al bisogno espresso *unificando i punti di accesso per gli interventi sanitari, sociali e d'integrazione socio-sanitaria;*
- offrire un'assistenza centrata sulla persona, convogliando le richieste nell'ambito di *attività valutative unitarie, multidisciplinari, facilmente accessibili e integrate* riconoscendo che gli esiti dell'assistenza sanitaria e sociale sono fortemente interdipendenti;
- affrontare il cambiamento della domanda di assistenza derivante dall'invecchiamento della popolazione e facilitare l'integrazione sociale dei gruppi più vulnerabili della società attraverso una *presa in carico ed una continuità dell'assistenza* in grado di migliorare l'accesso ai servizi e la *personalizzazione del progetto di intervento.*

L'esperienza di approcci integrati sociosanitari sul territorio finora è presente in modo disomogeneo (a livello di settori e di articolazioni locali), ma appare già promettente. Per questo motivo sono previsti percorsi formativi e di accompagnamento per un monitoraggio in grado di rendere condivise le buone prassi ed elaborare gli aspetti di criticità.

L'implementazione di processi unitari di raccolta e diffusione dati nell'ambito di un sistema informativo gestionale che riguardi anche il governo della domanda risulta necessario per verificare che l'applicazione dei modelli proposti risulti fattibile, sostenibile e, complessivamente, si traduca in migliori condizioni di governo della domanda di salute, che è il fine prioritario dell'impianto proposto.

Gli approcci strategici delineati nel presente atto devono essere calati e adattati alle realtà locali e concertati tra i diversi livelli di responsabilità istituzionale implicati, attraverso una specifica formalizzazione (cfr. punto 7) inserita negli Accordi di livello territoriale che regoleranno i rapporti tra sistema dei servizi sociali e sistema dei servizi sanitari con l'istituzione dell'Unità Operativa funzionale "Sociale e Sanitaria" (U.O. SeS) prevista dal PSSR 2012-2014. L'U.O. SeS coordina l'organizzazione e la gestione delle reti integrate del "Governo della domanda" e l'attuazione dei "Percorsi delle reti integrate", secondo un'impostazione unitaria regionale; quindi il Punto Unico di Accesso (PUA), l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), l'articolazione degli interventi e dei servizi per la presa in carico e la continuità dell'assistenza integrata, con il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), operano nell'ambito della U.O. SeS e da essa dipendono organizzativamente.

AREA SOCIALE		SCHEMA LOGICO				AREA SANITARIA	
Livelli erogativi	PROCEDURE ATTIVITÀ	STRUTTURA	MACRO PROCESSO	STRUTTURA	PROCEDURE ATTIVITÀ	Livelli erogativi	
	Registrazione dell'accesso	PUA	ACCESSO	PUA	Registrazione dell'accesso		
	Analisi del bisogno		ACCOGLIENZA		Analisi del bisogno		
	Risposta informativa e di orientamento		ASCOLTO		Risposta informativa e di orientamento		
			INFORMAZIONE				
			ACCOMPAGNAMENTO				
			ORIENTAMENTO				
			RACCOLTA - SEGNALAZIONE				
			GESTIONE DOMANDA				
	Erogazione prestazioni		ATTIVAZIONE DIRETTA DI PRESTAZIONI IN RISPOSTA A BISOGNI SEMPLICI		Erogazione prestazioni		
L'UVI viene attivato dal PUA per i bisogni complessi							
		UVI	VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE	UVI			
			PRESA IN CARICO E INTEGRAZIONE CON I SERVIZI TERRITORIALI SOCIO-SANITARI: RESIDENZIALI, SEMIRESIDENZIALI, DOMICILIARI				
		PAI					
	Definizione end point				Definizione end point		
	Definizione azioni				Definizione azioni		
	Definizione attori				Definizione attori		
	Definizione percorso				Definizione percorso		
	Monitoraggio				Monitoraggio		
	Revisione				Revisione		



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

3. Accettazione e accoglienza territoriale - Punto Unico di Accesso (PUA)

Definizione

Si definisce il PUA come una porta unitaria di accesso alle cure territoriali e alle prestazioni sociali. Il PUA realizza una modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone fragili con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza/urgenza. Nelle diverse sedi del PUA vengono accolti e ridefiniti i bisogni della persona per attivare il processo di presa in carico unitaria eliminando o semplificando i numerosi passaggi che l'assistito ed i suoi familiari devono compiere.

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta l'unitarietà dell'accoglienza e accettazione territoriale del bisogno espresso in termini di interventi sanitari, sociali e di integrazione socio-sanitaria; garantisce l'informazione sulle opportunità e sulle tipologie di assistenza disponibili sul territorio.

Nell'ambito del PUA la domanda viene accolta, viene svolta la ridefinizione del bisogno e viene effettuata la prima fase della presa in carico della persona nel percorso della rete socio assistenziale e dell'assistenza sanitaria territoriale.

In campo sanitario e sociale per bisogno si intende lo scarto tra ciò che esiste e ciò che è desiderabile in termini di stato di salute e di disponibilità di servizi sanitari. Il bisogno di salute della persona deve essere valutato nelle sue diverse dimensioni (clinico-cognitiva, comportamentale, sociale ecc.). Il bisogno diventa complesso quando richiede una risposta che coinvolge le diverse dimensioni ed è, pertanto, sempre sociosanitario.

Il PUA è una delle articolazioni dell'U.O. SeS; non gestisce servizi; svolge una funzione di "triage sociosanitario"; dà o indica la soluzione ai bisogni semplici; gestisce il raccordo con l'Unità di Valutazione Integrata (UVI) per i bisogni complessi.

Attraverso il processo di accesso, accoglienza/accompagnamento il PUA dà avvio della presa in carico della persona all'interno della rete dei servizi di assistenza territoriale, per garantire tutela dei bisogni complessi. La sua attività si declina in relazione al livello di bisogno:

- bisogno semplice, di tipo monodimensionale, sociale o sanitario: il PUA procede all'analisi del bisogno semplice attraverso strumenti unitari di valutazione e di rilevazione delle informazioni (strumenti di *assessment*, indicatori sociosanitari, schede triage), all'orientamento e invio a servizi sanitari o sociali, alla gestione pratica, all'accompagnamento nell'iter amministrativo, ecc.;
- bisogno complesso, di tipo multidimensionale, sociosanitario: il PUA trasmette le informazioni all'UVI e lo attiva per l'effettuazione della valutazione multidimensionale e la pianificazione del percorso appropriato, attivando l'intervento sanitario e socio assistenziale integrato.

L'attivazione degli interventi del PUA viene registrata su una modulistica unitaria predisposta ad hoc e archiviata al fine di centralizzare nella sede la determinazione delle prestazioni eseguite ed il numero di utenti assistiti.

Funzioni

- Raccolta e decodifica di richieste/segnalazioni
- Accesso integrato
- Accoglienza (ascolto, informazione, accompagnamento)
- Orientamento
- Gestione della domanda
- Attivazione diretta di risposte a bisogni semplici, gestione delle pratiche e procedure amministrative, invio diretto a servizi che erogano prestazioni sociali e sanitarie
- Avvio della presa in carico dei bisogni complessi attraverso l'attivazione dell'UVI.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Attività

- Analisi del bisogno
- Registrazione dell'accesso
- Risposte informative e di orientamento (fornisce informazioni aggiornate relative alle diverse opportunità, risorse, prestazioni, agevolazioni, servizi del sistema, esistenti e accessibili per gli utenti del territorio)
- Raccolta di informazioni sul caso e azioni valutative, per la distinzione tra bisogni semplici (la cui risposta assistenziale risulta di natura per lo più monospecialistica) complessi (la cui risposta assistenziale richiede l'intervento sociale e/o sanitario di due o più operatori)
- Apertura di una cartella con data-set minimo di informazioni, per bisogni complessi
- Segnalazione del caso complesso (bisogno sociosanitario) con trasmissione informazioni all'UVI per la valutazione.

Articolazione organizzativa

Il Distretto Sanitario e gli Ambiti Territoriali Sociali in esso ricompresi sono il luogo deputato all'integrazione socio-sanitaria, sia rispetto al necessario livello di omogeneità territoriale che come snodo istituzionale principale tra il sistema dei servizi sociali ed il sistema dei servizi sanitari.

L'articolazione organizzativa del PUA è declinata nell'ambito della definizione degli assetti organizzativi e gestionali l'Accordo, ex art. 30 D.lgs. 18 agosto 2000 n. 267, che riguarda l'U.O. SeS, di cui al successivo punto 7. Nell'Accordo si definiscono tempi e modi della progressiva integrazione nel PUA degli Uffici di Promozione Sociale (UPS) e degli Sportelli della Salute (SdS) presenti sul territorio, a copertura di tutti i Comuni di riferimento.

Nei casi in cui non ci sia perfetta corrispondenza territoriale tra Ambito e Distretto, per la definizione degli assetti organizzativi e gestionali l'Accordo individua, tra i diversi Coordinatori, uno "responsabile" di rappresentare anche gli altri con il Direttore di Distretto. Fino alla stipula dell'Accordo l'interlocutore sociale a livello distrettuale è il Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale del Comune sede del Distretto Sanitario.

Per tutte le responsabilità, le competenze e gli adempimenti che riguardano la salute e la domanda sociosanitaria dei cittadini di un Ambito Territoriale Sociale, l'interlocutore del Direttore di Distretto sarà il Coordinatore dell'Ambito di riferimento del Comune in cui l'utente risiede.

Il PUA va organizzato come riferimento semplice ed efficace con un sistema diffuso sul territorio "front office", che garantisca accoglienza e prima risposta al cittadino (valutazione, orientamento, accompagnamento verso i servizi sociali o sanitari di competenza per i bisogni semplici, avvio della presa in carico per i bisogni complessi) e che apra le porte ad un sistema più articolato e complesso al quale il cittadino possa rivolgersi agevolmente. Richiede, contestualmente, un sistema di "back office" (attivazione di una rete sociosanitaria), che comprende l'insieme delle procedure, delle modalità organizzative e gestionali e dei rapporti per collegare le diverse interfacce della rete dei servizi.

Dotazione minima

La dotazione minima delle specifiche figure professionali che vengono inserite nel PUA prevede per la funzione di "front office" la presenza di unità individuate tra: personale infermieristico/assistente sanitario, personale amministrativo, personale dell'UPS e altro personale sociale dei comuni. Alla funzione di "back office" concorre il personale "dedicato" presso la sede dell'U.O. SeS, stabilito dall'Accordo che la istituisce e la formalizza.

In relazione alla dimensione del territorio di riferimento (Distretto Sanitario-Ambito/i Territoriale/i Sociale/i) e alle caratteristiche del suo bacino d'utenza (numerosità e densità della popolazione), saranno previste ulteriori articolazioni del PUA, con dotazioni organiche modulari.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

I PUA devono coprire in modo omogeneo il territorio della Regione nell'ambito di ciascun Distretto Sanitario e Ambito Territoriale Sociale in esso ricompresi. L'indicazione regionale è quella della presenza di un'articolazione funzionale diffusa del PUA per Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale, con punti di "front office" progressivamente presenti, anche se non dappertutto con tutte le funzionalità e le modalità previste, in tutti i Comuni del territorio di riferimento, o comunque in luoghi facilmente raggiungibili dalla popolazione, soprattutto quella fragile.

L'operatività dei "front office" del PUA in termini di fascia oraria di funzionamento e risorse di personale dedicato, viene comunque definita nell'ambito della programmazione locale integrata sociale e sanitaria secondo le seguenti modalità:

- apertura giornaliera dal lunedì al sabato,
- accesso al pubblico con aperture mattina e/o pomeriggio (escluso i prefestivi) secondo fasce orarie definite nelle singole realtà,
- orari dedicati alle attività di "back office" (attività valutative, amministrative, raccolta ed elaborazione dati, ecc.).

In base ai criteri espressi, va individuata una collocazione territorialmente accessibile, rispettosa della normativa sulle barriere architettoniche e che preveda:

- spazi dedicati a funzioni di "front office" in cui possano essere raccolte informazioni, richieste, archivi, dotati dei necessari mezzi di comunicazione (telefono, fax, computer);
- spazi "riservati" in cui svolgere eventuali colloqui di approfondimento o valutazione nel rispetto della privacy dell'utente, per situazioni di particolare delicatezza o complessità, per la presenza di minori, di persone con ridotte capacità motorie, ecc.;
- ai fini della funzione di facilitazione all'accesso deve essere presente una chiara segnaletica per indicare la collocazione del PUA e deve essere predisposto materiale informativo opportunamente diffuso per la conoscenza del servizio;
- vanno previsti percorsi facilitati e protetti per l'accesso dei minori (bambini, bambine, adolescenti e giovani);
- va previsto l'apporto dei mediatori culturali per l'accoglienza dei migranti non in grado di esprimersi adeguatamente nella lingua italiana (interventi su chiamata o in orario programmato regolati da apposita convenzione con un'associazione accreditata).

Processi, percorsi e procedure

Il Punto Unico d'Accesso deve progressivamente rappresentare il primo punto di riferimento per il paziente e i suoi familiari che hanno necessità di formulare una domanda rispetto ad un bisogno di salute. L'accesso al PUA non comporta alcun costo/ticket a carico dell'assistito.

I soggetti coinvolti con le attività del PUA possono essere, in sintesi:

In entrata: cittadino, familiari, MMG, PLS, Servizi Sociali, Area integrata Dimissioni Protette, Medico Ospedaliero...

In uscita: specialisti e/o servizi sanitari o sociali, per i bisogni semplici; Unità Valutativa Integrata (UVI), per i bisogni complessi.

I percorsi di accesso/transito/gestione nei PUA sono così sintetizzati:

➤ La richiesta al PUA può essere formulata direttamente dall'utente e/o i suoi familiari, dal MMG o PLS o da altri interlocutori del sistema dei servizi sociali e sanitari: le organizzazioni di volontariato di tutela dei cittadini;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

cooperative, cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, fondazioni che gestiscono servizi sociali o sanitari.

- Deve essere contestualmente presentata la documentazione clinica e/o sociale, appropriata per rappresentare adeguatamente le reali necessità dell'assistito.
- Compito degli operatori del *front office*, una volta avvenuto il contatto, è la decodifica della richiesta e ridefinizione del bisogno espresso (esplicito e implicito).
- Nel *front office* viene svolta anche la prima analisi della documentazione sanitaria/sociale che può essere integrata da contatti diretti o telefonici con altri interlocutori della rete dei servizi sociali e sanitari per acquisire eventuali ulteriori elementi informativi disponibili.
- Nel PUA si realizza quindi la raccolta di informazioni sul caso ed una prima funzione valutativa per la distinzione tra bisogni semplici e complessi.
- Il processo valutativo necessita di strumenti specifici unitari sul territorio e comporta l'apertura di una cartella clinica (fascicolo informatizzato).
- È compito degli operatori del *front office* e del *back office* la raccolta e il trattamento dei dati acquisiti registrata su una modulistica unitaria apposita e archiviata al fine di centralizzare nella sede la determinazione delle prestazioni eseguite ed il numero di utenti assistiti.
- Quando il problema rilevato è definibile come semplice, l'operatore di *front office* può prendere in autonomia alcune decisioni che si rendano opportune fornendo risposte informative e di orientamento e facilitando l'accesso alle prestazioni necessarie (prenotazione diretta prestazioni sociali e sanitarie, accompagnamento alla gestione delle pratiche e dell'iter amministrativo).
- Quando il problema rilevato è definibile come complesso e richiede una valutazione multidimensionale, il *back office* del PUA attiva l'UVI (si identifica come complesso il bisogno che comporti invii verso dipartimenti e specialisti sanitari o sociali, l'intervento che richieda l'attivazione di più snodi della rete sociosanitaria, quando ci siano necessità particolari di collegamento tra servizi sociali e sanitari).

La funzionalità del PUA è garantita dal fatto che tutti i professionisti coinvolti accedono a un data base contenente informazioni dettagliate e aggiornate sulla rete dei servizi per orientare l'utente nei percorsi assistenziali, sono inoltre in grado di registrare i dati relativi alle persone che accedono agli sportelli, attraverso strumenti specifici e di semplice utilizzo (sistema informativo gestionale di cui al punto 6).

Prevedendo una riorganizzazione complessa del governo della domanda ed un maggior coordinamento degli interventi già in essere, gli accordi necessari alla realizzazione da parte di ciascun Distretto Sanitario e dagli Ambiti Territoriali Sociali in esso ricompresi, vengono definiti nell'ambito dell'Accordo complessivo con modalità unitarie rispetto al territorio regionale (cfr. punto 7).

La riorganizzazione della rete ospedaliera, definita a seguito dei criteri posti dalla *spending review* nazionale e dagli atti Regionali conseguenti, non potrà garantire una piena copertura dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero se non attraverso una logica di continuità delle cure che prevede un potenziamento delle strutture territoriali e la loro organizzazione in rete. Relativamente ai flussi in entrata "è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza" soprattutto attraverso l'UVI e lo strumento del PAI. Si conferma pertanto anche nel recente "regolamento" la necessità di promuovere il collegamento ospedale territorio per dimissioni protette e prese in carico post ricovero, oltre che per l'accoglienza della domanda, come declinate nel presente atto.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

4. Valutazione sociale e sanitaria integrata - Unità di Valutazione Integrata (UVI)

Definizione

L'Unità di Valutazione Integrata è un'équipe multidisciplinare integrata che svolge la valutazione multidimensionale per poter individuare correttamente i bisogni dell'utente attraverso strumenti specifici e per fornire indicazioni necessarie ad avviare la pianificazione assistenziale (Piano Assistenziale Individualizzato) e definire adeguati ed appropriati percorsi assistenziali. Il PAI viene definito, sviluppato e formalizzato nell'ambito assistenziale, curativo, riabilitativo, ecc., dove il soggetto viene preso in carico per la continuità degli interventi appropriati.

L'UVI ha un ruolo centrale nella continuità clinico-assistenziale; deve essere attivata precocemente garantendo l'integrazione operativa con gli altri servizi distrettuali, con i Dipartimenti specialistici, con l'Ospedale, con i soggetti erogatori delle prestazioni e con i servizi sociali pubblici e privati.

L'approccio alla *valutazione multiprofessionale, unitaria e integrata* persegue come obiettivo uno standard di maggiore equità nell'analisi del bisogno e di maggiore appropriatezza nella scelta del setting assistenziale realizzando un'attività di valutazione unitaria, negli strumenti e nelle procedure, attraverso un processo di progressiva armonizzazione dei percorsi attualmente in essere.

Funzioni

L'Unità Valutativa Integrata attraverso la valutazione clinica e sociale del soggetto:

- valuta le necessità assistenziali sociali e sanitarie della persona, con un approccio multidisciplinare e multidimensionale, attraverso strumenti scientificamente validati, gestibili su supporti informatici ed omogenei su scala regionale;
- individua il referente formale della presa in carico "case manager";
- individua la figura di riferimento informale del processo di assistenza "care giver";
- definisce il percorso assistenziale (domiciliare, diurno, residenziale) sulla base delle risultanze della valutazione di cui all'allegato 2
- indica bisogni prioritari ed indicazioni di trattamento funzionali alla predisposizione del progetto individualizzato di intervento (PAI) che viene sviluppato e formalizzato dove viene stabilizzata la presa in carico;
- monitora l'evoluzione dell'intervento e stabilisce eventuali variazioni del progetto specifico approntato per il soggetto con verifiche e controlli del PAI.

Attività

I destinatari dell'intervento sono le persone in stato di bisogno socio-sanitario complesso, con particolare riferimento ai soggetti con necessità di continuità dell'assistenza, in condizione di fragilità, nelle sue varie accezioni e con difficoltà d'inclusione nella rete dei servizi.

L'UVI, coerentemente con quanto previsto nel PSSR, viene attivata in risposta alle seguenti situazioni:

- bisogni sanitari complessi che richiedono l'intervento delle strutture di riferimento distrettuali, l'erogazione di Cure Domiciliari di servizi semiresidenziali o di servizi residenziali sociosanitari convenzionati;
- bisogni sanitari che necessitano di una presa in carico congiunta e/o coordinata da parte di diversi servizi sanitari interni ed esterni al Distretto;
- bisogni socio-sanitari complessi che necessitano l'intervento dei servizi sanitari, pubblici e privati, in integrazione con i servizi sociali gestiti dagli enti locali o dai soggetti autorizzati del terzo settore;
- bisogni rispetto ai quali non è chiaro il servizio competente per la presa in carico;
- bisogni per i quali è necessario attivare risorse straordinarie rispetto a quanto pianificato nel budget;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- bisogni sanitari o sociali emersi con carattere di urgenza; non attengono invece all'UVI le condizioni di effettiva emergenza che devono quindi essere indirizzate ai servizi di Pronto Soccorso Sanitario e ai Servizi di Pronto Intervento Sociale che operano a livello territoriale;
- necessità di intervenire con modifiche del piano di intervento.

Articolazione organizzativa

L'UVI è una delle articolazioni dell'U.O. SeS. Il Responsabile dell'UVI è nominato dal Direttore di Distretto e dal Coordinatore d'Ambito "responsabile", al quale, di concerto con gli eventuali colleghi nel caso di non coincidenza con il Distretto Sanitario, spetta l'individuazione degli operatori sociali provenienti dall'Ambito Territoriale Sociale e dai Comuni.

Nel caso in cui non ci sia coincidenza territoriale tra Ambito e Distretto, il Responsabile dell'UVI sarà nominato dal Direttore di Distretto e dal Coordinatore dell'Ambito "responsabile", di concerto con gli altri Coordinatori.

L'UVI è costituita da un "nucleo fisso" (formato da operatori sanitari provenienti dalla Casa della Salute, dal Distretto o dai Dipartimenti clinici, dal Medico di Medicina Generale dell'assistito o dal MMG facente parte di forme associative di MG o dell'Equipe territoriale e da operatori sociali provenienti dall'Ambito Territoriale e dai comuni) integrato da professionalità specialistiche in funzione delle caratteristiche dell'utente e delle specifiche competenze richieste dalla problematica, nonché dal care giver di riferimento.

Il funzionamento dell'UVI è definito, organizzato e verificato nell'ambito dell'U.O. SeS, con riferimento diretto al Direttore del Distretto e dal Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale "responsabile".

L'U.O. SeS stabilisce qual è la sede formale e le eventuali sedi operative dell'UVI; nell'ambito della riorganizzazione della rete ospedaliera delle Marche, la sede dell'UVI può essere individuata all'interno della Casa della Salute.

Dotazione minima

"Nucleo fisso":

- responsabile dell'UVI: Dirigente sanitario;
- il medico curante dell'assistito (responsabile clinico del paziente);
- l'assistente sociale (del Distretto sanitario e/o degli Ambiti Territoriali Sociali);
- l'infermiere.

Il nucleo fisso, i cui componenti sono individuati per le rispettive competenze dal Direttore del Distretto Sanitario e dal Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale, è integrato, a seguito di specifiche esigenze del caso, da professionisti (medici specialisti, terapisti della riabilitazione, geriatri, medici ospedalieri in caso di dimissione protetta, psicologi, assistenti sociali, neuropsichiatri infantili, logopedisti, educatori professionali, insegnanti, care giver, ecc.) individuati ad hoc dall'U.O. SeS.

Analogamente si procederà ad integrare il nucleo fisso con le professionalità di UMEE ed UMEA nel caso la valutazione inerisca soggetti di loro competenza.

Processi, percorsi e procedure

L'UVI è un gruppo di lavoro multidisciplinare con attività di valutazione multidimensionale e di avvio della presa in carico, coinvolgendo le figure professionali del "Nucleo fisso" ove necessario integrata da professionisti con competenze specialistiche per garantire, attraverso strumenti specifici di valutazione, una corretta analisi del bisogno per l'individuazione dei possibili interventi da attuare nell'ambito della rete dei servizi sociali e sanitari integrati.

Le attività svolte sono principalmente: predisposizione di documentazione, visite finalizzate alla valutazione, incontri, riunioni multidisciplinari, raccolta degli indicatori dei bisogni e comunicazione delle ipotesi di trattamen-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

to funzionali alla stesura del piano di intervento per chi ha in carico il soggetto, verifiche e aggiornamenti del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI).

In particolare:

- L'UVI acquisisce le informazioni socio sanitarie sulla persona e avvia il processo valutativo multidimensionale, attivando i professionisti e i servizi necessari; in caso di soggetti non autosufficienti e/o con gravi problematiche, l'UVI può effettuare visite domiciliari.
 - Dalla valutazione multidimensionale deriva un giudizio globale sullo stato funzionale della persona, l'eventuale patologia emergente, acuta e/o cronica, le condizioni di disabilità che condizionano i processi di sviluppo in età evolutiva e di autonomia nelle attività della vita quotidiana nell'età adulta, la rete delle relazioni sociali del soggetto, le sue risorse familiare, ambientali ed economiche.
 - Nella fase di valutazione, l'UVI definisce le necessità assistenziali, individua i soggetti e i servizi più appropriati per il percorso terapeutico più idoneo, indica il case manager (MMG, PLS, Ass. Sociale o altro) ove presente, coinvolge il care giver (familiare o congiunto) anche mediante l'inserimento in percorsi di *family learning*, individua il setting assistenziale appropriato.
 - Le indicazioni emerse forniscono la base del PAI che viene opportunamente definito e dettagliato dall'equipe che prende in carico l'utente e concordato con l'assistito e (ove possibile) con la famiglia.
- La valutazione non comporta alcun costo / ticket a carico dell'assistito.

Attivazione

L'UVI si attiva in caso di bisogni specifici elencati al punto "Attività".

Per accedere al procedimento di valutazione dell'UVI è necessaria un'attivazione di tipo istituzionale (MMG, PLS, Servizio sociale del Comune o dell'ATS, Specialista ospedaliero in caso di persona ricoverata, ecc.) con inoltro di specifica richiesta di valutazione dell'UVI, attraverso una modulistica, appositamente predisposta e completa del relativo consenso informato (ai sensi della normativa vigente).

Per le dimissioni protette l'attivazione viene avviata a seguito di una richiesta/segnalazione, completa della documentazione necessaria della struttura ospedaliera (cfr. allegato 1).

Accesso

Il modello di *Richiesta di Valutazione UVI* è un unico modulo impostato sia per le situazioni in cui a presentare la richiesta è il diretto interessato, o un suo rappresentante legale (Amministratore di sostegno o Tutore), sia in quelle in cui è una terza persona (convivente, parente o altro) a farlo. In base a quanto prevede la normativa nel primo caso si tratta di richiesta nel secondo di segnalazione. Le richieste di valutazione devono essere inviate appena possibile all'UVI, insieme agli elementi che sono stati raccolti nel primo contatto presso il PUA o agli elementi conosciuti della situazione, dove tali richieste vengono raccolte, vagliate ed inoltrate per l'attivazione del processo.

Valutazione

La valutazione viene effettuata entro un tempo definito a seconda della tipologia di richiesta e ai criteri di priorità: entro tre giorni per i casi in cui il valutando sia in fase di dimissione ospedaliera e per casi di urgente attivazione di cure domiciliari; entro un massimo di 15 giorni nei casi in cui non venga ravvisato carattere di urgenza. In ogni caso l'avvio del procedimento deve decorrere entro 48 ore dalla presentazione del caso.

All'UVI compete la rilevazione delle problematiche e la conoscenza dei bisogni attraverso la documentazione relativa al soggetto (cartelle cliniche, sociali, attestazioni di handicap, prescrizioni del MMG o PLS) e la valutazione multidi-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

mensionale diretta del soggetto in termini clinici, cognitivi, funzionali, di mobilità, d'inclusione sociale, ecc. attraverso strumenti di valutazione oggettivi e unitari sul territorio.

Conseguentemente alla valutazione della condizione del soggetto viene svolta la valutazione della congruità fra bisogni e offerta di servizi disponibili sul territorio.

Vengono pertanto individuate le risorse nella rete dei servizi sociosanitari integrati da fornire per la specifica situazione (secondo criteri di equità, omogeneità e uniformità nell'assistenza).

La presa in carico da parte della rete dei Servizi Sociali e Sanitari integrati comporta la stesura del PAI che deve comprendere una specifica valutazione delle priorità e fornire un progetto di intervento che tenda a conseguire i migliori obiettivi di salute per l'utente, garantendo i Livelli Essenziali Assistenziali sanitari e sociosanitari.

L'attuazione degli interventi deve rispondere a protocolli assistenziali unitari all'interno della cornice dell'Accordo Distretto /Ambiti Territoriali Sociali di riferimento.

Monitoraggio

L'UVI segue nel tempo l'utente, osservandone l'evoluzione dei bisogni e l'appropriatezza della risposta assistenziale offerta, monitorando l'aggiornamento del PAI realizzato dalle strutture di accoglienza e dai servizi, con possibilità di verifica o controlli (o di invio all'UVI); per altre situazioni, come l'assistenza domiciliare, i *case manager* o i MMG chiedono l'aggiornamento del PAI.

Tutte le attività della UVI devono essere documentate e svolte utilizzando una modulistica appositamente predisposta. Al termine della valutazione deve essere consegnata la documentazione all'utente.

Nell'Unità di Valutazione Integrata viene svolta una funzione di raccolta dei dati di attività relativamente ad una serie di indicatori appositamente definiti: numero casi presi in esame, tipologia casi presi in esame, progetti assistenziali proposti, progetti e altre forme di assistenza erogate, registrazione ingressi e dimissioni in regime di residenzialità e semiresidenzialità, accoglienza segnalazioni ospedaliere per dimissioni protette, Assistenza Domiciliare per differenti tipologie di intensità assistenziale, ecc. L'elaborazione di tali dati svolge anche funzione di verifica dei volumi di attività erogate e della loro appropriatezza.

Allegato 1

AREA INTEGRATA DIMISSIONI PROTETTE

Modelli/sistemi organizzativi centrati sul paziente, con intercettazione di bisogni anche inespresi attraverso accessi semplificati ed efficienti alla rete dei servizi socio-sanitari, secondo principi di partecipazione e corresponsabilità, in grado di far convergere in un'unica struttura la attuale pluralità dei centri gestionali in ambito ospedaliero, per una trasparente presa in carico di complessità e fragilità.

La metodologia di approccio alla Dimissione Protetta (DP) prevede una modalità di intervento che, sequenzialmente, comprende:

- la valutazione precoce del paziente e dei suoi bisogni,
- il rispetto dei criteri di dimissibilità in base a condivisi parametri di tipo clinico, assistenziale, riabilitativo e sociale,
- la definizione di un Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) in base a setting assistenziali, profili e obiettivi di cura,
- l'individuazione, di norma solo per i casi di DP, del MMG come *case manager*,
- il raggiungimento di un "patto terapeutico" sottoscritto con paziente e familiari,
- la indispensabile dotazione di farmaci per il domicilio ed una efficace organizzazione del trasporto anche nelle altre sedi di osservazione,
- la presa in carico da parte dei servizi territoriali.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La dimissione protetta, richiedendo una veloce attivazione delle procedure di valutazione, assume carattere di priorità.

La segnalazione riguarda tutti i pazienti in dimissione, che richiedono una continuità assistenziale verso la residenzialità o il domicilio: il Medico di U.O. compila il modulo informatico e lo invia al sito web ove accede il Coordinatore Infermieristico delle DP.

Il percorso di DP:

1. Il medico del Reparto individua il caso e compila una scheda di segnalazione da trasmettere al Coordinatore DP che attiva i successivi percorsi
2. Il Coordinatore comunica al PUA e al MMG la prossima dimissione protetta del suo paziente
3. Per i pazienti in dimissioni protette, il Coordinatore attiva l'Unità Valutativa Integrata (UVI)

Processi connessi alla DP:

- Accesso alle Cure Domiciliari (CP - ADI)
- Accesso alla residenzialità
- Distribuzione diretta di farmaci
- Prescrizione diagnostica nel post ricovero
- Consulenza dietetica/supporto nutrizionale
- Accesso alla riabilitazione intensiva estensiva
- Accesso all'assistenza protesica
- Accesso ai Servizi Sociali
- Presa in carico da parte di servizi/strutture
- Trasporto sanitario

5. Presa in carico e continuità dell'assistenza - Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)

Definizione

L'attuale quadro epidemiologico presenta un trend di crescita per le "patologie croniche stabilizzate, patologie cronicodegenerative, patologie dovute a fattori eziologici originati da disuguaglianze sociali" (AGENAS 2008), l'attenzione va quindi riorientata dalla fase acuta della malattia alla cronicità e alla lungo assistenza.

La continuità assistenziale, in particolare nei percorsi riabilitativi tra ospedale e territorio in un'ottica di presa in carico continua delle necessità del paziente, appare quindi sempre più una priorità.

Risulta sempre più urgente individuare e riprogettare i processi di accesso e di erogazione delle attività assistenziali con l'obiettivo di riorientare e qualificare il sistema dell'offerta per sostenere la presa in carico e la continuità assistenziale.

Tale percorso richiede l'individuazione:

- delle attività e dei processi
- dei punti di interazione tra due o più processi
- dei punti di controllo e di monitoraggio all'interno dei processi
- dei punti di controllo e di monitoraggio tra i diversi processi
- dei ruoli e responsabilità che sottendono l'accesso e l'erogazione dei servizi e le loro interrelazioni.

Da quanto esplicitato consegue l'importanza del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che, secondo quanto indicato nel PSSR, viene definito come uno strumento che deve consentire, da una parte di delineare delle linee gui-



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

da che si indirizzino verso un'assistenza individualizzata e ben organizzata, e dall'altra di rappresentare un ottimo strumento di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che, a vario titolo, si occupano del soggetto "fragile". Il PAI terrà conto della possibilità di esercizio del diritto di scelta da parte del cittadino della sede di erogazione del servizio, compatibilmente con l'offerta territoriale dei servizi.

Funzioni

Nella presa in carico e continuità dell'assistenza viene ricompresa la progettazione personalizzata, la programmazione ed erogazione degli interventi e la valutazione dei risultati formulata nel Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) al fine di verificare gli esiti rispetto alla richiesta iniziale e rimodulare o stabilizzare nel tempo gli interventi attivati.

Il PAI è quindi uno strumento che dalla valutazione dei bisogni (punto di partenza) individua un percorso assistenziale e gli obiettivi a cui questo deve giungere (punto di arrivo tendenziale).

Il PAI intende costituire un modello omogeneo di intervento a livello territoriale e deve essere redatto specificando i seguenti contenuti:

- obiettivi di salute;
- azioni da realizzare;
- operatori coinvolti;
- tempi di attivazione;
- durata prevista;
- data della rivalutazione (preferibilmente 6 mesi e in ogni caso non oltre i tempi previsti dalle normative di settore);
- *case manager* individuato all'interno del servizio/equipe che prende in carico il soggetto.

Attività e articolazione organizzativa

Il *case manager* è una figura essenziale nella gestione del Piano Assistenziale Individualizzato che assume funzioni di regia rispetto al progetto personalizzato, interconnettendo tutte le risorse della rete formale e informale, per rispondere adeguatamente alla complessità delle situazioni esaminate. Tale ruolo può essere ricoperto da un infermiere o un assistente sociale formato nella valutazione dei bisogni.

Il *care giver*, individuabile nella figura di un familiare o di chi si prende cura della persona, è indispensabile per una migliore conoscenza del soggetto e per confrontare le aspettative con le risposte che il sistema dei servizi è in grado di offrire.

Nella fase di definizione del PAI è compito di chi lo predispone informare, raccordandosi con il MMG, il paziente e/o la famiglia sul Piano Assistenziale e raccoglierne il consenso (se non già acquisito) attraverso l'apposita scheda regionale che viene conservata nella documentazione relativa al paziente.

Il PAI va considerato, in prospettiva, parte integrante del Fascicolo socio-sanitario elettronico del paziente.

Viene predisposto un modulo di *Comunicazione all'utente* che contiene le informazioni essenziali sulle decisioni assunte nel PAI, sulla proposta di progetto d'intervento e l'individuazione del *case manager*, con eventuale tempistica di rivalutazione indicata.

I tempi di esecuzione del PAI possono essere ridotti, superando le liste d'attesa, anche reingegnerizzando il processo di prenotazione della visita specialistica e predisponendo l'invio istantaneo tramite un'apposita procedura informatica di tutte le informazioni riguardanti il PAI. Questa procedura è comunque garantita nel caso di pazienti in dimissioni protette.

Processi, percorsi e procedure

Diventa fondamentale dotare tutte le UVI Distrettuali di uno strumento di valutazione multidimensionale

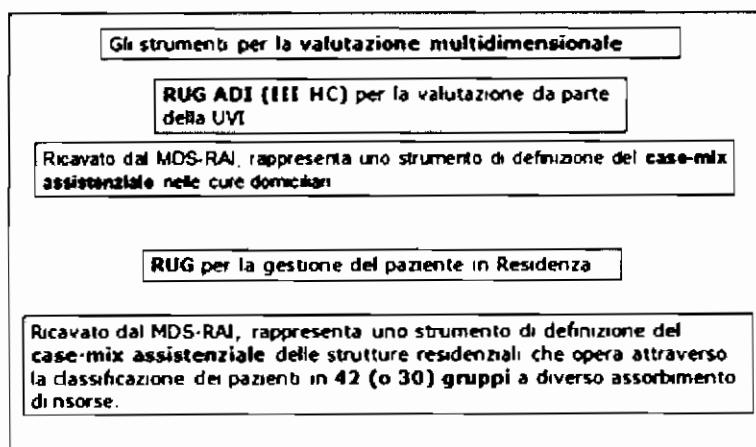


DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

globale dello stato funzionale della persona in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali della persona.

Questo tipo di approccio, oltre a guidare una corretta elaborazione del PAI permette di arrivare alla definizione del case-mix individualizzato e di popolazione assistita nel rispettivo servizio di Cure Domiciliari (C.D.) L'utilizzo sistemico del RUG III-ADI (HC) in continuità con quanto già utilizzato in regime residenziale e semiresidenziale (RUG III Long Term Care Facilities - LTCF) diviene necessario per avere omogenea visione complessiva dell'assistenza extraospedaliera territoriale, usando strumenti di valutazione multidimensionali assai simili, adattati ai differenti settings assistenziali.

Il sistema Resource Utilization Groups for Home Care (RUG-III HC) è stato sviluppato a partire dal RAI-HC (Resident Assessment Instrument for Home Care) per essere compatibile con l'analogo sistema RUG-III utilizzato per la valutazione del case-mix delle strutture residenziali. Il sistema RUG-III HC, costruito su un campione del Michigan e validato in Canada, utilizza sempre 7 livelli gerarchici, ma si differenzia dal RUG-III per l'utilizzo delle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) in associazione alle ADL (Activities of Daily Living) nella formazione dei 23 gruppi e per la produzione di due set di indici di case-mix: uno che considera la sola assistenza formale, l'altro che comprende anche il supporto informale. La compatibilità tra i due sistemi di definizione del case-mix e dei sottostanti strumenti di valutazione multidimensionale, permette di estendere ai servizi domiciliari la stessa metodica applicata alle strutture residenziali. Ciò determina, attraverso l'utilizzo di item standardizzati, accurati e riproducibili, una ricaduta sulla pianificazione degli interventi sanitari in termini di miglioramento dell'efficienza del singolo servizio, dell'eligibilità nei diversi settings dell'offerta e della relativa qualità dell'assistenza erogata.



Y



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato 2 - RUG III-ADI (HC)

RUG III Home Care
(Condizione degli ultimi 3 giorni se non indicato diversamente)

SEZIONE A. INFORMAZIONI GENERALI	
1	NOME DELLA PERSONA UTENTE a) Cognome b) Nome
2	SESSO 1 Maschio 2 Femmina
3	DATA DI NASCITA Giorno Mese Anno
4	STATO CIVILE 1 Celibe/ nubbe 5 Separato 2 Coniugato 6 Divorzato 3 Convivente/Partner stabile 4 Vedovo
6	NUMERO DELLA CARTELLA
8	MOTIVO DELLA VALUTAZIONE 1 Valutazione iniziale 2 Rivalutazione di routine 3 Rivalutazione al rientro in assistenza domiciliare 4 Rivalutazione per significativa variazione delle condizioni della persona utente 5 Dimissione (considerare gli ultimi 3 giorni di presa in carico) 6 Registrazione della dimissione 7 Altro (es. e scopo di ricerca)
9	DATA DELLA VALUTAZIONE Giorno Mese Anno
10	OGGETTI DI CURA ESPRESSI DALLA PERSONA UTENTE
11	INDIRIZZO Via Città Prov. CAP
12	DOVE VIVE LA PERSONA UTENTE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE 1 Casa di proprietà/appartamento o in affitto 2 Casa privata con uso di servizi temporale/casa protetta/comunità alloggio 3 Struttura per disabili 4 Senziletto 5 Struttura di lungodegenza 6 Unità riabilitativa 7 Hospice/unità di cure palliative 8 Ospedale per acuti 9 Carcere 10 Altro
13	CON CHI VIVE LA PERSONA UTENTE AL MOMENTO DELLA VALUTAZIONE a. Attualmente vive 1 Solo 2 Con il coniuge/partner stabile 3 Con il coniuge ed altri 4 Con un figlio ma non con il coniuge 5 Con un genitore o tutore legale 6 Con fratello/sorelle 7 Con altri parenti 8 Con altre persone, non familiari b. Rispetto a 90 giorni fa (o dall'ultima valutazione) è cambiata la situazione abitativa della persona utente? (es. vive con un'altra persona, oppure si è trasferito) 0 No 1 Sì c. La persona utente o il familiare o chi vive con la persona pensa che la persona utente starebbe meglio se vivesse altrove? 0 No 1 Sì, ma non in una istituzione 2 Sì, ma in una istituzione
14	ULTIMO RICOVERO OSPEDALIERO Identificare il più recente ricovero ospedaliero negli ultimi 90 giorni. 0 Nessuna ospedalizzazione 1 31-90 giorni fa 2 15-30 giorni fa 3 8-14 giorni fa

					4. Negli ultimi 7 giorni 5. Attualmente in ospedale
--	--	--	--	--	--

SEZIONE B. DATI PERSONALI AL MOMENTO DELLA PRESA IN CARICO (NOTA: da completare solo alla valutazione iniziale)	
1	DATA DI APERTURA DELLA CARTELLA Giorno Mese Anno
2	RAZZA/ETHNIA 0 Asiatica 1 Africana 2 Caucasica 3 Altra
3	LINGUA 1 Italiano 2 Altra
4	STORIA RESIDENZIALE NEGLI ULTIMI 5 ANNI Indicare tutte le strutture in cui la persona utente ha risieduto negli ultimi 5 anni prima dell'attuale presa in carico 0 No 1 Sì a. Struttura per lungodegenti (es. RSA) b. Casa privata con uso di servizi territoriali/casa protetta/comunità alloggio c. Comunità alloggio per malati psichiatrici d. Unità psichiatrica e. Struttura per disabili

SEZIONE C. STATO COGNITIVO	
1	CAPACITA' DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE
	Come la persona utente prende decisioni circa l'organizzazione della giornata 0. INDIPENDENTE - decisioni sempre ragionevoli 1. SEMI-INDIPENDENTE - qualche difficoltà in situazioni nuove 2. COMPROMISSIONE MINIMA - in specifiche situazioni, decisioni inadeguate, richiesti suggerimenti/supervisione in tali occasioni 3. COMPROMISSIONE MODERATA - decisioni inadeguate, richiesti suggerimenti/supervisione in tutte le occasioni 4. COMPROMISSIONE SEVERA - raramente/mai prende decisioni 5. PERSONA UTENTE NON COSCIENTE/COMA (passa alla Sezione G)

SEZIONE E. UMORE E COMPORTAMENTO	
3	DISTURBI DEL COMPORTAMENTO
	0. Non presente 1. Presente ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni 2. Manifestatosi 1 o 2 volte negli ultimi 3 giorni 3. Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni a. VAGABONDAGGIO (senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza) b. AGGRESSIVITA' VERBALE (ha spaventato insultato, minacciato guidato ad altre persone) c. AGGRESSIVITA' FISICA (ha colpito, ferito graffiato, abusato di altre persone) d. COMPORTAMENTO SOCIALMENTE INADEGUATO (emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, compie atti osceni, o si spoglia in pubblico, lancia oggetti, rovista tra le cose degli altri) e. COMPORTAMENTO SESSUALE SOCIALMENTE INADEGUATO/SPOGLIARSI IN PUBBLICO f. RIFIUTO DELL'ASSISTENZA (prendere le medicine, fare le iniezioni, ricevere aiuto nelle ADL, o nel mangiare)

SEZIONE G. FUNZIONE FISICA:	
-----------------------------	--



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1. AUTONOMIA NELLE ADL
Codificare per l'autonomia della persona utente nelle attività consuete in casa o al di fuori DURANTE GLI ULTIMI 3 GIORNI

CODICI: (A)

0 **INDIPENDENTE** - non ha bisogno di organizzazione, supervisione, aiuto

1 **ORGANIZZAZIONE**

2 **SUPERVISIONE** - controllo, incoraggiamento, suggerimento

0 **ASSISTENZA LIMITATA** - aiuto in alcune occasioni

1 **ASSISTENZA INTENSIVA** - aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere da solo il 50% dell'attività

2 **MASSIMA ASSISTENZA** - aiuto per tutta l'attività, ma è in grado di svolgere meno del 50% dell'attività da solo

3 **DIPENDENZA TOTALE** - l'attività viene svolta completamente da altri

8 **ATTIVITA' NON ESEGUITA** (da non usare per le codifiche delle Difficoltà)

a. PREPARAZIONE DEI PASTI - Come prepara i pasti (p.es. programmare i pasti, cucinare, preparare il cibo, usare gli utensili)

d. GESTIONE DEI FARMACI - Come gestisce i farmaci (p.es. ricordarsi di prendere le pillole, aprire i flaconi, prendere le dosi giuste, fare le iniezioni, applicare pomate)

e. USO DEL TELEFONO - Come fa o riceve telefonate (se necessario con ausili come grandi numeri sulla tastiera, amplificatore acustico)

2. AUTONOMIA NELLE ADL
Codifica per tutti gli episodi verificatisi nei 3 giorni precedenti

Se il livello di autonomia in una ADL è lo stesso in tutti gli episodi, codifica per quel livello

Se un singolo episodio è codificabile come livello 0, ma negli altri episodi il livello di dipendenza è meno grave, codifica quella ADL come 5

Se in generale la persona utente è autonoma in una ADL, ma in un singolo episodio ha avuto bisogno di organizzazione, codifica quella ADL come 1

Negli altri casi considera l'episodio di **massima dipendenza** (da 2 a 5)

0 **INDIPENDENTE** - nessuna necessità di aiuto, organizzazione o supervisione

1 **ORGANIZZAZIONE** - mezzo o dispositivo fornito o messo a portata di mano della persona utente anche solo in una occasione

2 **SUPERVISIONE** - controllo, incoraggiamento o suggerimento

3 **ASSISTENZA LIMITATA** - aiuto fisico nella manovra guidata degli arti, senza necessità di sostenere il peso del corpo

4 **ASSISTENZA INTENSIVA** - aiuto nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) fornito da una persona, mentre la persona utente è in grado di effettuare almeno il 50% delle sollecitazioni

5 **MASSIMA ASSISTENZA** - aiuto di 2 o più persone nel sostenere il peso corporeo (incluso il sollevamento degli arti) OPPURE aiuto nel sostenere il peso del corpo per più del 50% delle sollecitazioni

6 **DIPENDENZA TOTALE** - l'attività viene svolta completamente da un'altra persona

8 **ATTIVITA' MAI ESEGUITA** (durante l'intero periodo)

g. TRASFERIMENTO SUL W.C. - come esegue il trasferimento sul W.C. (o sulla comoda)

h. USO DEL W.C. - Come usa il W.C. (o la comoda, o la padella, o il pappeggello), come si pulisce (anche in caso di episodi di incontinenza), come cambia il pannolone, come gestisce la colostomia o il catetere, come si sistema i vestiti (escluso trasferirsi sul W.C.)

i. MOBILITA' A LETTO - Come si sdraia e si alza: si gira da un lato all'altro, assume posizioni nel letto

j. MANGIARE - Come si alimenta (inclusa nutrizione con sondino naso-gastrico o con nutrizione parenterale)

SEZIONE I. DIAGNOSI DI MALATTIA
Codificare le diagnosi come segue:

0. Non presente

1. Malto preso in carico

2. Diagnosi presente, in trattamento

3. Diagnosi presente, monitorizzata ma non in trattamento specifico

1. Diagnosi di malattia

Patologie neurologiche

e. Emiplegia

1 Sclerosi multiple

1 Quadriplegia

Malattie infettive

1 Polmonite

Altre

1 Diabete mellito

2. ALTRE DIAGNOSI DI MALATTIA (il sistema controlla se sono registrate queste diagnosi)

Diagnosi: Codice Codice ICD-9

a. Paralisi cerebrale infantile, non specificata				3	4	3	9
b. Sepsicemia non specificata				3	8	9	9

SEZIONE J. CONDIZIONI DI SALUTE

3. FREQUENZA DEI PROBLEMI	(Codifica per la presenza del problema negli ultimi 3 giorni)						
	0 Non presente						
	1 Presente, ma non manifestatosi negli ultimi 3 giorni						
	2 Manifestatosi in 1 degli ultimi 3 giorni						
	3 Manifestatosi in 2 degli ultimi 3 giorni						
	4 Manifestatosi in ognuno degli ultimi 3 giorni						
Psichiatrici	n. Allucinazioni (falso credenze)						
	1 Allucinazioni (falso percezioni sensoriali)						
Neurologici	1 Atassia						
Gastro-intestinali	n. Vomito						
Altri	r. Febbre						
	s. Sangramento gastro-intestinale o genito-urinario						
7. INSTABILITA' DELLE CONDIZIONI	0 No 1 Si						
	c. Malattia terminale						

SEZIONE K. STATO NUTRIZIONALE/CAVO ORALE

2. VALUTAZIONE NUTRIZIONALE	0 No 1 Si						
	a. Perdita di peso indesiderata $\geq 5\%$ negli ULTIMI 30 GIORNI (o $\geq 10\%$ negli ULTIMI 180 GIORNI)						
	b. Disidratazione (rapporto azoto ureico/creatinina >25)						
3. DEGLUTIZIONE	0 NORMALE - appropriata deglutizione di alimenti di qualsiasi consistenza						
	1 NON VALUTABILE - la persona utente limita l'assunzione di alimenti						
	2 NECESSITA DI MODIFICHE DIETETICHE PER DEGLUTIRE CIBI SOLIDI						
	3 NECESSITA DI MODIFICHE DIETETICHE SOLO PER DEGLUTIRE CIBI LIQUIDI (utilizzo di addensanti)						
	4 NECESSITA DI MODIFICHE DIETETICHE PER DEGLUTIRE SIA SOLIDI CHE LIQUIDI						
	5 NUTRIZIONE COMBINATA ORALE E ENTERALE PARENTERALE						
	6 SOLO NUTRIZIONE TRAMITE SONDIRIO NASO-GASTRICO						
	7 SOLO NUTRIZIONE TRAMITE GASTROSTOMIA (es. PEG)						
	8 SOLO NUTRIZIONE PARENTERALE						
	9 NESSUN APPORTO DI CIBO PER VIA ORALE E NESSUN TIPO DI NUTRIZIONE ARTIFICIALE						

SEZIONE L. CONDIZIONI DELLA CUTE

1. STATO PIU' GRAVE DI ULCERA DA PRESSIONE	0. Nessuna ulcera da pressione						
	1 Area di arrossamento cutaneo persistente						
	2 Parziale perdita di strati di cute						
	3 Presenza di profondo crateri cutaneo						
	4 Perdita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscolo ed osso						
	5 Non stadiabile (p.es. per la presenza di predominante escara necrotica)						
4. ALTRI PROBLEMI CUTANEI	p.es. lesioni, ustioni di secondo o terzo grado, ferite chirurgiche in via di guarigione						
	0 No 1 Si						
5. LACERAZIONI O TAGLI	Lacerazioni o tagli non chirurgici						
	0 No 1 Si						
7. PROBLEMI AI PIEDI CHE INTERFERISCONO CON IL CAMMINARE	P.es. calli duri, dita sovrapposte, problemi strutturali, infezioni, ulcere (diverse da 1 e 2)						
	0 No						
	1 Si, ma la persona utente può camminare						
	2 Si, il problema limita la capacità della persona utente di deambulare						
	3 Si, il problema impedisce alla persona utente di deambulare						
	4 Si, ma la persona utente non cammina per altre ragioni						

SEZIONE N. TRATTAMENTO E PREVENZIONE



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

2	TRATTAMENTI SPECIALI, PIANI DI TRATTAMENTO	Trattamenti speciali ricevuti o previsti NEGLI ULTIMI 3 GIORNI (o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 3 giorni)												
		0 Non effettuati, non programmati 1 Programmati, non effettuati 2 Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni 3 Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni												
		TRATTAMENTI SPECIALI												
	a. Chemioterapia	g. Aspirazione												
	b. Dialisi	h. Cura della tracheostomia												
		i. Trasfusioni												
	d. Terapie e v	j. Ventilazione assistita (invasiva o non invasiva)												
	e. Ossigeno-terapia	k. Cura della ferita												
	f. Terapia radiante													
		PROGRAMMI DI TRATTAMENTO												
	n. Programma di rotazione/ riposizionamento													
3	ASSISTENZA FORMALE	Giorni (A) e minuti totali (B) di terapia negli ultimi 7 giorni Entità e gestione dell'assistenza negli ultimi 7 giorni (o dalla data dell'ultima valutazione se inferiore a 7 giorni)												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>A Giorni</th> <th>B Minuti</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="384 1093 550 1115">a. Fisioterapia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1126 550 1149">f. Terapia occupazionale</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td data-bbox="384 1160 550 1182">g. Logopedia</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		A Giorni	B Minuti	a. Fisioterapia			f. Terapia occupazionale			g. Logopedia		
	A Giorni	B Minuti												
a. Fisioterapia														
f. Terapia occupazionale														
g. Logopedia														
	a. Fisioterapia													
	f. Terapia occupazionale													
	g. Logopedia													



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Parte III - QUESTIONARIO PER LA CLASSIFICAZIONE R.U.G. III

SEZIONE B: STATO COGNITIVO

1	STATO DI COMA	(stato vegetativo persistente) 0. NO 1. SI (passare alla sezione G)	
2	MEMORIA	a) Memoria a breve termine OK sembra ricordare dopo 5 minuti 0. Memoria OK 1. Problemi di memoria	
4	CAPACITÀ DI PRENDERE LE DECISIONI QUOTIDIANE	(Decisioni prese riguardo ai compiti della vita quotidiana) 0. INDIPENDENTE - decisioni sempre indipendenti 1. COMPROMISSIONE LIEVE - qualche difficoltà in situazioni nuove 2. COMPROMISSIONE MODERATA - decisioni scarse richiesti suggerimenti/supervisione 3. COMPROMISSIONE SEVERA - mai/raramente prende decisioni	

SEZIONE C: COMUNICAZIONE/ SFERA UDITIVA

4	CAPACITÀ DI FARSI COMPRENDERE	(Capacità di esprimere comunque il contenuto delle informazioni) 0. COMPRESO 1. IN GENERE COMPRESO - difficoltà a trovare o a finire i concetti 2. TALVOLTA COMPRESO - la capacità è limitata a richieste concrete 3. RARAMENTE/MAI COMPRESO	
---	-------------------------------	--	--

SEZIONE E: UMORE E COMPORTAMENTO

1	INDICATORI DI DEPRESSIONE, ANSIA, UMORE TRISTE	(Codifica gli indicatori osservati negli ultimi 30 giorni, a prescindere dalla causa presunta) 0. Indicatore non mostrato negli ultimi 30 giorni 1. Indicatore manifestatosi fino a cinque giorni alla settimana 2. Indicatore manifestatosi giornalmente (o quasi)	
---	--	--	--

INDICATORI DI DEPRESSIONE, ANSIA, UMORE TRISTE

ESPRESSIONI VERBALI DI MALESSERE		
a)	L'ospite ha espresso affermazioni negative "nulla è importante; preferirei essere morto; qual è lo scopo di tutto ciò; mi dispiace di aver vissuto così a lungo; lasciatemi morire"	
b)	L'ospite fa domande ripetitive "dove vado; che faccio?"	
c)	L'ospite verbalizza ripetitivamente: ad es. richieste di aiuto (Dio aiutami)	
d)	L'ospite è persistentemente arrabbiato con sé con gli altri (ad es. si irrita per niente, è arrabbiato per essere in RSA, è arrabbiato per l'assistenza che riceve)	
e)	L'ospite si disistima - ad es. "non valgo niente, non servo a nessuno"	
f)	L'ospite esprime paure non reali ad es. paura di essere abbandonato lasciato solo, paura di stare con gli altri	
g)	L'ospite afferma in modo ricorrente che qualcosa di terribile sta per accadere - ad es. crede di star per morire, di avere un infarto	
h)	L'ospite si lamenta in modo ripetitivo della sua salute - ad es. richiede costantemente l'attenzione del personale, si preoccupa in modo ossessivo delle funzioni corporali	
i)	L'ospite ha manifestazioni ripetute di ansia, preoccupazione chiede insistentemente attenzione assicurazione circa gli orari, i pasti la lavanderia, i vestiti, gli aspetti relazionali	
PROBLEMI CON IL SONNO		
j)	Cattivo umore la mattina	
k)	Insomnia: cambiamenti del normale ciclo del sonno	
ATTEGGIAMENTO TRISTE, APATICO, ANSIOSO		
l)	Espressione della faccia triste, adolorata, preoccupata - ad esempio fronte accigliata	
m)	Pianto, facilità alle lacrime	
n)	Movimento ripetitivo - ad es. andare in giro, torcersi le mani, irrequietezza, eccitazione	
PERDITA DI INTERESSE		
o)	Astenzione da attività interessanti - ad es. nessun interesse per attività che prima lo interessavano o stare con familiari ed amici	
p)	Ridotte interazioni locali	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**SEZIONE E:
UMORE E COMPORTAMENTO**

4	DISTURBI DEL COM- PORTAMEN- TO	A) Frequenza dei problemi di comportamento negli ultimi 7 giorni.		
		0 Nessun problema negli ultimi sette giorni		
		1 Problemi di questo tipo si sono manifestati da 1 a 3 degli ultimi 7 giorni.		
		2 Problemi di questo tipo si sono manifestati da 4 a 6 degli ultimi 7 giorni.		
		3 Problemi di questo tipo si sono manifestati quotidianamente		
		B) Possibilità di modificare i problemi di comportamento negli ultimi 7 giorni		
		0. Problema assente o facilmente modificabile		
1. Problema non facilmente modificabile				
		A	B	
	a) VAGARE (senza alcun motivo razionale, apparentemente senza badare ai propri bisogni ed alla sicurezza)			
	b) USARE LINGUAGGIO OFFENSIVO (ha spaventato, insultato, minacciato, gridato ad altre persone)			
	c) ESSERE FISICAMENTE AGGRESSIVO (ha colpito, ferito, graffiato, abusato di altre persone)			
	d) COMPORTAMENTO SOCIALMENTE INADEGUATO (emette suoni fastidiosi, rumori, urla, compie gesti di autolesionismo, compie atti osceni, si spoglia in pubblico, lancia cibo/feci, rovista tra le cose altrui)			
	e) RIFIUTARE L'ASSISTENZA (prendere le medicine, fare le iniezioni, ricevere aiuto nelle ADL o nel mangiare)			

SEZIONE G. FUNZIONE FISICA E PROBLEMI RELATIVI ALLA STRUTTURA

(A) AUTONOMIA NELLE ADL (codifica per la prestazione dell'ospite durante gli ultimi 7 giorni e 7 notti - esclusa l'organizzazione)			
0 INDIPENDENTE - nessun aiuto o supervisione- OPPURE - aiuto supervisione prestati solo 1 o 2 volte durante gli ultimi 7 giorni			
1 SUPERVISIONE controllo, incoraggiamento o suggerimenti prestati 3 o più volte durante gli ultimi sette giorni - oppure supervisione (3 o più volte) più assistenza fisica dati solo 1 o 2 volte negli ultimi 7 giorni			
2 ASSISTENZA LIMITATA - ospite molto attivo; ha ricevuto aiuto fisico nella manovra guidata degli arti o altra assistenza che non implichi il sollevamento in 3 o più occasioni			
3 ASSISTENZA INTENSIVA - sebbene l'ospite abbia svolto parte delle attività durante durante gli ultimi sette giorni, ha chiesto aiuto del/i seguente/i tipo/i 3 o più volte:			
- aiuto nel sollevarsi			
- aiuto completo da parte di un altro durante parte (ma non tutti) gli ultimi 7 giorni			
4 DIPENDENZA TOTALE - aiuto completo da parte di un altro negli ultimi 7 giorni			
8 ATTIVITA' MAI ESEGUITA negli ultimi 7 giorni			
(B) AIUTO FORNITO NELLE ADL (codifica il maggior aiuto fornito negli ultimi 7 giorni e 7 notti; codifica indipendentemente dal risultato del settore precedente)			
0 Nessuno aiuto o organizzazione dallo staff			
1 Solo organizzazione			
2 Aiuto fisico di una persona			
3 Aiuto fisico di due o più persone			
8 Attività mai eseguita negli ultimi 7 giorni		A	B
a	MOBILITÀ A LETTO	Come l'ospite si solleva e si alza dal letto, si gira da un lato all'altro ed assume posizioni nel letto	
b	TRASFERIMENTI	Come l'ospite si sposta tra due punti - dal al letto, sedia, sedia a rotelle, in piedi. (Nota: escluso da/a bagno/wc)	
h	MANGIARE	Come l'ospite mangia e beve (indipendentemente dall'abilità)	
i	USO DEL WC	Come l'ospite usa il bagno o la comoda, la padella o il puppagallo come si siede e si alza dal wc, come si pulisce dopo, cambia il pannolone, maneggia dispositivi speciali (colostomia o catetere), si sistema i vestiti	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

SEZIONE H : CONTINENZA NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

3	AUSILI E PROGRAMMI	L'ospite viene accompagnato al bagno ad intervalli regolari	a
		Programmi di riduzione vescicale	b

SEZIONE I: DIAGNOSI DI MALATTIA

Segnare solo le malattie che hanno una relazione con l'attuale livello delle ADL, lo stato cognitivo, l'umore ed il comportamento, terapie mediche, monitoraggio infermieristico, rischio di morte (Non segnare malattie inattive).

1	MALATTIE	ENDOCRINE/METABOLICHE/ NUTRIZIONALI	
		Diabete	a
		NEUROLOGICHE	
		Afasia	r
		Paralisi cerebrale	s
		Emiplegia	v
		Sclerosi multipla	w
2	INFEZIONI	Tetraplegia	z
		Polmonite	e
		Sepsi	g

SEZIONE J: CONDIZIONI DI SALUTE

1	PROBLEMI	(Segnare tutti i problemi presenti negli ultimi 7 giorni se non specificato diversamente)	
		INDICATORE DEL LIVELLO DEI FLUIDI CORPOREI	
		Segni di disidratazione; l'escrezione dei liquidi supera l'introduzione	c
		ALTRO	
		Episodi psicotici	e
		Febbre	h
		Allucinazioni	i
		Emorragia interna	j
		Vomito	o

SEZIONE K: STATO NUTRIZIONALE

3	CAMBIAMENTI DEL PESO	a) Perdita di peso del 5% o più negli ultimi 30 giorni o del 10% o più negli ultimi 180 giorni	
		0. NO	1. SI
5	TRATTAMENTI NUTRIZIONALI	Parenterale e.v.	a
		Sondino nasogastrico	b

SEZIONE M: CONDIZIONI DELLA CUTE

1	ULCERE (da qualsiasi causa)	(Riporta il numero di ulcere ed il loro stadio a prescindere dalla causa. Se ad uno stadio non vi sono ulcere codifica "0". Riporta la condizione riferita agli ultimi 7 giorni. E' necessario un esame di tutto il corpo)	
		a. Stadio 1. Area di pelle persistentemente arrossata (senza soluzione di continuità della pelle)	
		b. Stadio 2. Perdita cutanea superficiale che clinicamente si presenta come un'abrasione, una bolla o un cratere poco profondo	
		c. Stadio 3. Perdita della cute a tutto spessore con esposizione del sottocutaneo si presenta come un cratere profondo con o senza bordi sottominati	
		d. Stadio 4. Perdita atutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscolo ed osso	
2	TIPO DI ULCERA (solo per l'ulcera da decubito)	(riporta lo stadio più alto raggiunto negli ultimi 7 giorni utilizzando la scala M1 - ad es. 0 = nessuna; stadio 1,2,3,4) a) Ulcera da decubito - qualsiasi lesione causata da compressione che provoca danno nei tessuti sottostanti	
4	ALTRI PROBLEMI DELLA PELLE O PRESENZA DI LESIONI	(Segnala tutti i problemi presenti negli ultimi 7 giorni)	
		Ustioni (secondo e terzo grado)	b
		Lesioni aperte da ulcere, rash, tagli (ad es. lesioni cancerose)	c
		Ferite chirurgiche	g
5	FERITE DELLA PELLE	(Segnala tutto quello che è successo negli ultimi 7 giorni)	
		Sedie attrezzate con dispositivo antidecubito	a
		Letti attrezzati con dispositivo antidecubito	b
		Programmi di rotazione/riposizionamento dell'ospite	c
		Terapie nutrizionali o idratanti per gestire i problemi della cute	d
		Cura dell'ulcera	e
		Cura chirurgica della ferita	f
		Medicazioni (con o senza applicazioni di farmaci)	g
Applicazione di unguenti /farmaci	h		



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

6	PROBLEMI E CURA DEL PIEDE	(Segna il numero di quello che è successo negli ultimi 7 giorni)	
		Infezioni - ad es. cellulite, drenaggi purulenti	b
		Lesione aperta	c
		Medicazioni con o senza applicazione di farmaci topici	f

SEZIONE N: ATTIVITÀ

1	TEMPO IN CUI L'OSPITE È SVEGLIO	(Riporta gli appropriati segmenti della giornata in riferimento agli ultimi 7 giorni). L'ospite è sveglio per tutto o la maggior parte del tempo (sonnechia per non più di un'ora per ogni periodo).	
		Mattino	a
		Pomeriggio	b
		Sera	c

SEZIONE O: FARMACI

3	INIEZIONI	Segna il numero di giorni in cui l'ospite ha ricevuto iniezioni di qualunque tipo negli ultimi 7 giorni: "0" = No iniezioni	
---	------------------	---	--

SEZIONE P.: TRATTAMENTI E PROCEDURE SPECIALI

1	TRATTAMENTI, PROCEDURE E PROGRAMMI SPECIALI	A) TRATTAMENTI SPECIALI - Trattamenti o programmi ricevuti negli ultimi 14 giorni	
		Chemioterapia oncologica	a
		Dialisi	b
		Infusione e.v.	c
		Ossigenoterapia	d
		Radioterapia	e
		Aspirazione	f
		Cura della tracheostomia	g
		Trasfusioni	h
		Respiratore/ventilazione assistita	i

	B) TERAPIE SPECIALI - Segna il numero di giorni ed il totale dei minuti in cui una delle seguenti terapie è stata praticata (almeno 15 minuti al giorno) negli ultimi 7 giorni (segna "0" se la terapia non è stata praticata o lo è stata per meno di 15 minuti al giorno) - (Nota: conta solo le terapie iniziate dopo l'ammissione in RSA) (A)= n° giorni di terapia per 15 min. o più, (B)= totale di minuti di terapia forniti negli ultimi 7 giorni	A	B			
		giorni	minuti			
		a. Logopedista				
		b. Terapia occupazionale				
		c. Terapia neuromotoria				

3	ASSISTENZA RIABILITATIVA/REINTEGRATIVA	Segna il numero di giorni in cui ognuna delle seguenti tecniche o pratiche riabilitative/reintegrative è stata fornita all'ospite per almeno 15 minuti al giorno negli ultimi 7 giorni. (segna "0" se non sono state fornite o lo sono state per meno di 15 giorni)			
		a. Movimento (passivo)	f. Camminare		
		b. Movimento (attivo)	g. Vestirsi o agghiacciarsi		
		c. Stecche o rinforzi	h. Mangiare o inghiottire		
		EDUCAZIONE E PRATICA IN:	i. Cura della protesi (articolazione)		
		d. Mobilità a letto	j. Comunicare		

7	VISITE MEDICHE	Segnare quante volte il medico ha visitato l'ospite negli ultimi 14 giorni (o dall'ammissione in RSA se ammesso da meno di 14 giorni. (segna "0" se non visitato)	
8	PRESCRIZIONI MEDICHE	Segnare quante volte il medico ha cambiato la prescrizione negli ultimi 14 giorni (o dall'ammissione in RSA se ammesso da meno di 14 giorni)	



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

interRAI Contact Assessment (CA) © (CODIFICA PER LE ULTIME 24 ORE LADDOVE NON SPECIFICATO DIVERSAMENTE)																																																							
<p>14 MODALITA' DI ALIMENTAZIONE</p> <p>0 Normale - appropriata deglutizione di alimenti di qualsiasi consistenza</p> <p>1. Normale ma da rivalutare - liquidi sorsaggiati e ridotta assunzione di cibi solidi</p> <p>2. Necessita di modifiche dietetiche per deglutire cibi solidi</p> <p>3. Necessita di modifiche dietetiche solo per deglutire cibi liquidi</p> <p>4. Necessita di modifiche dietetiche per deglutire sia solidi che liquidi</p> <p>5. Nutrizione combinata orale e enterale/perenterale</p> <p>6. Solo nutrizione tramite sondino naso-gastrico</p> <p>7. Solo nutrizione tramite gastrostomia (es. PEG)</p> <p>8. Solo nutrizione perenterale</p> <p>9. Nessun apporto di cibo per via orale</p> <p>15. STADIO PIU' GRAVE DI ULCERA DA PRESSIONE</p> <p>0 Nessuna ulcera da pressione</p> <p>1. Area di arrossamento cutaneo persistente</p> <p>2. Perdita di strati superficiali di cute</p> <p>3. Perdita di strati profondi di cute</p> <p>4. Perdita a tutto spessore di cute e sottocute con esposizione di muscolo ed osso</p> <p>5. Non stadiabile (es. per la presenza di escara necrotica)</p> <p>16. ULCERE CUTANEE (NON DA PRESSIONE)—es. Ulcere venose, arteriose, neuropatiche, piede diabetico</p> <p>0. No 1. Si</p> <p>17. ALTRI PROBLEMI CUTANEI— Es. lesioni, ustioni di secondo o terzo grado, ferite chirurgiche in via di guarigione</p> <p>0. No 1. Si</p> <p>18. LESIONI TRAUMATICHE—Es. fratture gravi lesioni risultanti da incidenti stradali o aggressioni</p> <p>0. No 1. Si</p> <p>19. TRATTAMENTI E SERVIZI</p> <p>Trattamenti e servizi ricevuti o programmati negli ultimi 3 giorni</p> <p>0. Non effettuati e non programmati</p> <p>1. Programmati, ma non effettuati</p> <p>2. Effettuati in 1-2 degli ultimi 3 giorni</p> <p>3. Effettuati quotidianamente negli ultimi 3 giorni</p> <p>a. Terapie endovenose</p> <p>b. Medicazioni delle ferite</p> <p>20 TEMPO TRASCORSO DALL'ULTIMO RICOVERO Codifica il più recente ricovero negli ultimi 90 giorni</p> <p>0. Nessun ricovero negli ultimi 90 gg 3. 8-14 giorni fa</p> <p>1. 31-90 giorni 4. Negli ultimi 7 gg</p> <p>2. 15-30 giorni 5. Attualmente ricoverato</p> <p>21. NUMERO DI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO Riporta il numero di volte in cui il paziente si è recato in Pronto Soccorso negli ultimi 90 giorni</p> <p>22 INTERVENTI CHIRURGICI NEGLI ULTIMI 90 GIORNI</p> <p>0. No 1. Si</p> <p>23. DUE CAREGIVER INFORMALI PRINCIPALI</p> <p>a. Rapporto di parentela/relazione con la persona</p> <table border="0"> <tr> <td>1. Figlio o nuora/genero</td> <td>6. Altro parente</td> <td>Carogiver</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>2. Coniuge</td> <td>7. Amico</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Convivente</td> <td>8. Vicino di casa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4. Parente/tutore legale</td> <td>9. Nessun aiuto</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5. Fratello/sorella</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>b. Vive con la persona</p> <table border="0"> <tr> <td>0. No</td> <td>2. Si, da più di 6 mesi</td> <td>Carogiver</td> <td>1 2</td> </tr> <tr> <td>1. Si, da meno di 6 mesi</td> <td>8. Nessun aiuto informale</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>24 CONDIZIONI DI CHI PRESTA L'ASSISTENZA</p> <p>0. No 1. Si</p> <p>a. Il caregiver informale principale manifesta segni di stanchezza, rabbia, depressione</p> <p>b. La famiglia o gli amici stretti riferiscono eccessivo carico dalla malattia del paziente</p>	1. Figlio o nuora/genero	6. Altro parente	Carogiver	1 2	2. Coniuge	7. Amico			3. Convivente	8. Vicino di casa			4. Parente/tutore legale	9. Nessun aiuto			5. Fratello/sorella				0. No	2. Si, da più di 6 mesi	Carogiver	1 2	1. Si, da meno di 6 mesi	8. Nessun aiuto informale			<p>SECTION D SINTESI</p> <p>1. BISOGNI ASSISTENZIALI</p> <p>a Servizi a domicilio</p> <table border="0"> <tr> <td>0. Non necessari</td> <td>4. di supporto</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1. intensivi</td> <td>5. cure palliative</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. di riabilitazione</td> <td>6. da definire</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. di mantenimento</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>b. Degenza Territoriale (PTP)</p> <p>0 No 1. Si <input type="checkbox"/></p> <p>c. Servizi residenziali</p> <p>0 No 1. Si <input type="checkbox"/></p> <p>2. DURATA PREVISTA DELLA PRESA IN CARICO</p> <p>0. 0-14 giorni 1. 15-60 giorni 2. 61 o più giorni <input type="checkbox"/></p> <p>3. NECESSITA' DI SERVIZI A BREVE TERMINE</p> <p>0 No 1. Si <input type="checkbox"/></p> <p>4. URGENZA DELLA VALUTAZIONE Tempo entro il quale programmare una valutazione completa</p> <table border="0"> <tr> <td>0 Non richiesta</td> <td>2. 8-14 giorni</td> <td>4. 1-3 giorni</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1. Più di 14 giorni</td> <td>3. 4-7 giorni</td> <td>5. stesso giorno</td> <td></td> </tr> </table> <p>5. URGENZA DEI SERVIZI RICHIESTI</p> <table border="0"> <tr> <td>0. Non necessari</td> <td>3. 24 - 48 ore</td> </tr> <tr> <td>1. 72 o più ore</td> <td>4. 12 - 24 ore</td> </tr> <tr> <td>2. 48 - 72 ore</td> <td>5. meno di 12 ore</td> </tr> </table> <p>a. Infermieristici <input type="checkbox"/></p> <p>b. Assistenza domestica <input type="checkbox"/></p> <p>c. Riabilitativi <input type="checkbox"/></p> <p>d. Terapia occupazionale <input type="checkbox"/></p> <p>e. Nutrizionali <input type="checkbox"/></p> <p>f. Analisi di laboratorio e supporto strumentale <input type="checkbox"/></p> <p>g. Medico specialistici <input type="checkbox"/></p> <p>h. Sociali <input type="checkbox"/></p> <p>i. Logopedici <input type="checkbox"/></p> <p>j. Altro (specificare) <input type="checkbox"/></p> <p>6. FONTE DELLE INFORMAZIONI UTILIZZATE Codifica per UNA sola fonte primaria e tutte le possibili secondarie</p> <p>0 non applicabile 1. Primaria 2. Secondaria</p> <p>a. Persona <input type="checkbox"/></p> <p>b. Coniuge/convivente <input type="checkbox"/></p> <p>c. Figliolo o nuora/genero <input type="checkbox"/></p> <p>d. Altro parente <input type="checkbox"/></p> <p>e. Non parente (es. vicino di casa, badente) <input type="checkbox"/></p> <p>f. Medico di medicina generale <input type="checkbox"/></p> <p>g. Infermiere <input type="checkbox"/></p> <p>h. Altro servizio di assistenza domiciliare <input type="checkbox"/></p> <p>i. Servizi sociali <input type="checkbox"/></p> <p>j. Ospedale <input type="checkbox"/></p> <p>k. Altro (specificare) <input type="checkbox"/></p> <p>7. FIRMA DI CHI HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE</p> <p>1. Firma _____</p> <p>2. Data della valutazione <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Giorno Mese Anno</p>	0. Non necessari	4. di supporto		1. intensivi	5. cure palliative	<input type="checkbox"/>	2. di riabilitazione	6. da definire		3. di mantenimento			0 Non richiesta	2. 8-14 giorni	4. 1-3 giorni	<input type="checkbox"/>	1. Più di 14 giorni	3. 4-7 giorni	5. stesso giorno		0. Non necessari	3. 24 - 48 ore	1. 72 o più ore	4. 12 - 24 ore	2. 48 - 72 ore	5. meno di 12 ore
1. Figlio o nuora/genero	6. Altro parente	Carogiver	1 2																																																				
2. Coniuge	7. Amico																																																						
3. Convivente	8. Vicino di casa																																																						
4. Parente/tutore legale	9. Nessun aiuto																																																						
5. Fratello/sorella																																																							
0. No	2. Si, da più di 6 mesi	Carogiver	1 2																																																				
1. Si, da meno di 6 mesi	8. Nessun aiuto informale																																																						
0. Non necessari	4. di supporto																																																						
1. intensivi	5. cure palliative	<input type="checkbox"/>																																																					
2. di riabilitazione	6. da definire																																																						
3. di mantenimento																																																							
0 Non richiesta	2. 8-14 giorni	4. 1-3 giorni	<input type="checkbox"/>																																																				
1. Più di 14 giorni	3. 4-7 giorni	5. stesso giorno																																																					
0. Non necessari	3. 24 - 48 ore																																																						
1. 72 o più ore	4. 12 - 24 ore																																																						
2. 48 - 72 ore	5. meno di 12 ore																																																						



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

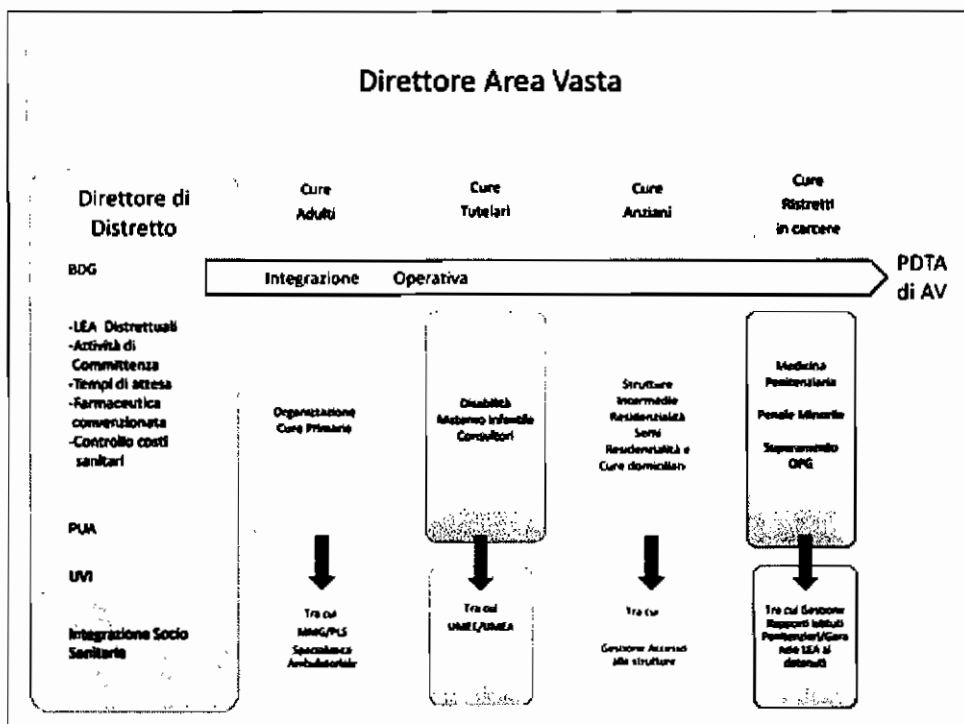
6. Sistema informativo-gestionale

La progressiva integrazione che la Regione sta attivando tra i sistemi informativi sanitario e sociale prevede anche l'implementazione di flussi relativi alle tematiche affrontate dal presente atto.

Per la gestione complessiva del "Governo della Domanda" sono previsti moduli specifici di software in attivazione presso il Servizio Sanità ("Intervento 110.110000.G.002 - Tecnologie - Costituzione di un Sistema Informativo Sanitario Regionale"; in particolare il "Capitolato descrittivo prestazionale dell'Allegato n. 4.1 - Processi Rete Territorio" - Codice Identificativo Gara: 4649988B7A), oltre all'utilizzo e all'integrazione con altri flussi (SIAD, FAR, SIND, SISM) e, soprattutto, con il "Cruscotto" in sperimentazione presso il Servizio Politiche Sociali e Sport. In particolare, rispetto alle tre dimensioni del Governo della Domanda, si svilupperanno strumenti in grado di supportare gli operatori impegnati nei Punti Unici di Accesso (PUA), nelle Unità Valutative Integrate (UVI) e nella Presa in carico e continuità dell'assistenza con la stesura del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Il sostegno informatico e telematico diretto alle attività di servizio alla persona troverà adeguato riscontro e utilità nel mettere a disposizione: alla direzione dell'U.O. SeS uno strumento per monitorare la situazione e orientare l'organizzazione e la gestione dei servizi socio-sanitari; ai livelli di governo territoriale e regionale dei flussi informativi stabili ed affidabili per migliorare la capacità di programmazione nel senso dell'appropriatezza degli interventi e del riequilibrio territoriale delle risorse.

7. Formalizzazione della integrazione per il governo della domanda socio-sanitaria

La formalizzazione dell'integrazione per il "governo della domanda" socio-sanitaria si concretizza nell'ambito dell'elaborazione e della sottoscrizione dell'Accordo, ex art. 30 D.lgs. 18 agosto 2000 n. 267, che istituisce una Unità Operativa Sociale e Sanitaria (U.O. SeS) al livello territoriale di ogni Distretto Sanitario (che comprende uno o più Ambiti Territoriali Sociali), come previsto dal PSSR 2012-2014. L'U.O. SeS, strumento attuativo degli interventi socio-sanitari per il governo complessivo del Sistema Sociosanitario Integrato, include gli accordi necessari alla realizzazione di: PUA, UVI, Continuità dell'Assistenza e PAI.

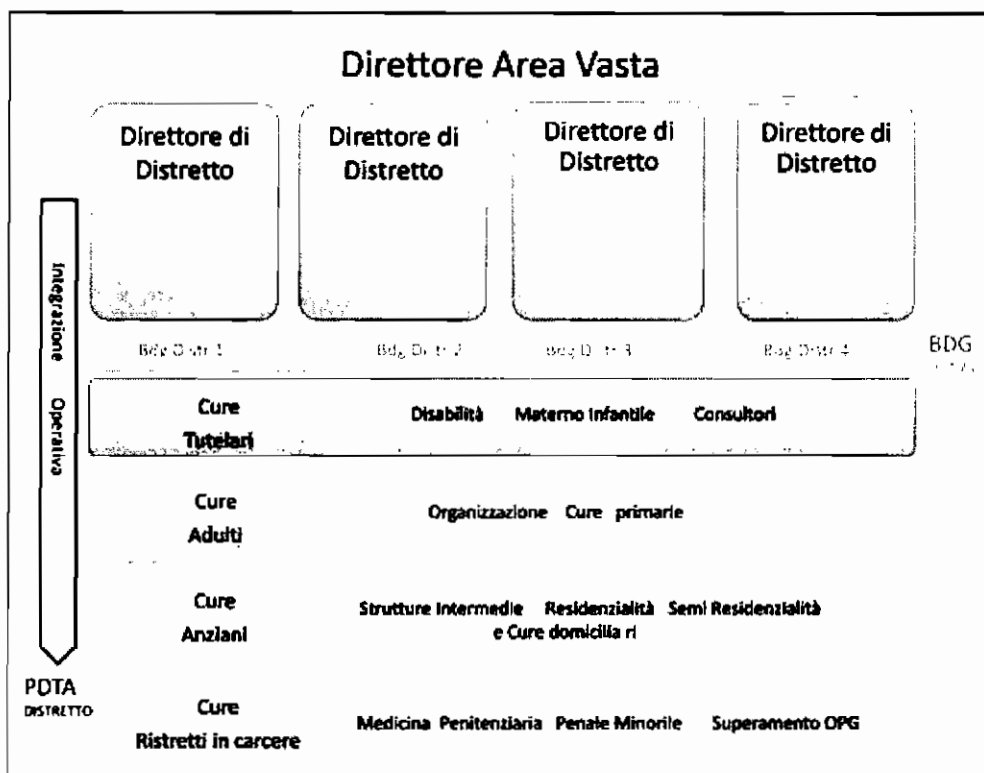




DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Circa le strutture e le modalità di risposta dell'Assistenza territoriale sanitaria alla domanda sanitaria, il grafico precedente rappresenta un possibile modello che individua nella Direzione del Distretto la sede di *governance* delle principali attività sanitarie erogate secondo una logica di integrazione operativa.

Il grafico successivo illustra il ruolo complessivo della Direzione di Area Vasta in relazione alla relazione tra i Distretti sanitari e alla necessaria unitarietà del governo delle politiche sanitarie a livello di Area Vasta.



8. Azioni di accompagnamento e percorsi formativi

L'approvazione della DGR n. 1696/12, nel ridisegnare complessivamente il sistema dei servizi della sanità marchigiana, comporta anche l'attenzione ad alcuni necessari processi di accompagnamento, che richiedono anche interventi specifici di carattere formativo.

A tal fine, sulla base del PSSR 2012-14, il Servizio Sanità ed il Servizio Politiche Sociali della Regione Marche ha individuato gli ambiti di interesse regionale, ovvero le aree fondamentali e critiche su cui innescare processi strategici formativi prioritari di supporto, indispensabili per il rinnovamento del sistema.

Tra le aree individuate quella relativa al *"Governo dei processi socio-sanitari"* potrà essere quella maggiormente deputata alla programmazione mirata di interventi formativi di interesse e rilevanza regionale, in relazione ad alcune priorità di valenza strategica e di identificazione di alcuni snodi fondamentali e critici della riorganizzazione dei processi dell'integrazione sociosanitaria nell'ambito del complessivo funzionamento della sanità nella Regione Marche.

Una riorganizzazione così impegnativa richiede infatti di affiancare agli atti di organizzazione, specifici percorsi di accompagnamento formativo del personale sociale e sanitario che sarà interessato alla riorganizzazione, da svolgersi in itinere, con funzione di condivisione delle buone prassi (sono già partite delle sperimentazioni nei distretti sanitari,



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

mentre gli UPS hanno già una loro storia all'interno degli ATS), di confronto sulle criticità e complessivamente come monitoraggio dell'implementazione del nuovo assetto.

Nei recenti atti normativi regionali che riguardano l'integrazione socio-sanitaria viene ribadito il valore strategico di questo aspetto: per lo sviluppo dei percorsi integrati socio sanitari ed in particolare per la riorganizzazione del rapporto ospedale territorio è necessario favorire l'implementazione di forme di lavoro multidisciplinare, attraverso la predisposizione di strumenti specifici (quali i sistemi informativi), l'organizzazione di gruppi di lavoro o l'attivazione di progetti per consolidare il circuito locale di relazione tra professionisti.