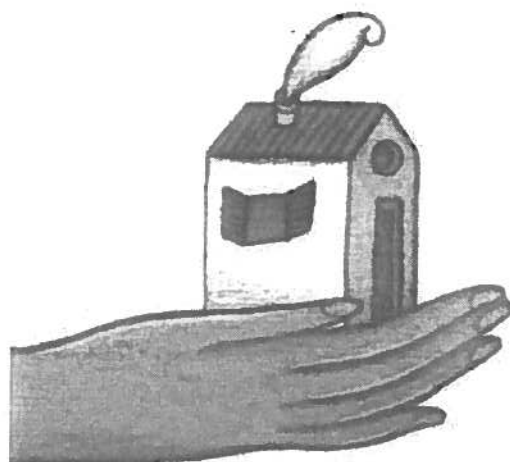


PERCORSO CLINICO ORGANIZZATIVO

Cure Domiciliari Integrate



cure domiciliari integrate

INDICE

INTRODUZIONE AL METODO	3
Introduzione, analisi del contesto	5
Analisi delle cause.....	5
Soluzioni proposte	5
Definizione di Cure Domiciliari Integrate.....	6
Quadro normativo di riferimento	6
Destinatari	6
Attori coinvolti	6
Obiettivi	7
Gruppo di lavoro – Programmazione del percorso	8
Referente unico del percorso	8
Terminologia, abbreviazioni, simboli.....	9
PROCEDURA ALLERTA POSSIBILE BISOGNO COMPLESSO	10
LEGENDA:.....	11
Diagramma di Gantt – TEMPOGRAMMA.....	12
RAGIONAMENTO CLINICO-.....	15
NOTE ESPLICATIVE FLOW CHART	17
CONCLUSIONI	20
ALLEGATI.....	21
BIBLIOGRAFIA	22
VALIDAZIONE	Errore. Il segnalibro non è definito.

INTRODUZIONE AL METODO

I percorsi clinico – organizzativi sono la risposta all'esigenza di avere una visione "sistemica" e complessiva delle prestazioni, della presa in carico dell'utente e quindi dell'assistenza offerta. Sempre più di frequente, infatti, il mondo sanitario richiede il contributo di più attori all'interno di un sistema Inter-professionale, inter-disciplinare e multi-disciplinare. Da qui l'esigenza di utilizzare un approccio di lavoro non più per funzioni ma per processi. Un approccio siffatto, attraverso la costruzione di un processo tecnico-gestionale, permette un miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza di ogni intervento, in quanto da la possibilità:

- di valutare la congruità delle attività svolte rispetto agli obiettivi, alle linee guida di riferimento ed alle risorse disponibili,
- di instaurare un confronto tra i professionisti coinvolti in un unico processo,
- di misurare le attività e gli esiti con Indicatori specifici,
- di definire gli obiettivi, i ruoli e gli ambiti di intervento,
- di garantire chiarezza delle informazioni all'utente e chiarezza dei compiti agli operatori,
- di migliorare la costanza, la riproducibilità e l'uniformità delle prestazioni erogate,
- di prevedere e quindi ridurre l'evento straordinario, facilitando la flessibilità e gli adattamenti ai cambiamenti,
- di facilitare la visione totale della problematica da gestire,
- di agevolare a delineare il miglior percorso praticabile per la risoluzione di un problema di salute
- di migliorare le prestazioni, la qualità della vita del paziente
- di ridurre la frammentazione e lo scoordinamento della cura, il trattamento inappropriato e la negligenze dell'attività di prevenzione
- di lavorare secondo un approccio integrato e coordinato alla malattia, che coinvolge tutti i livelli assistenziali
- di conoscere il paziente in modo da personalizzare la cura in base ai propri bisogni
- di migliorare il sistema informativo standardizzato tra i vari attori organizzativi

Elaborare dei percorsi clinico organizzativi significa quindi costruire dei piani che coinvolgono più professioni e più discipline costruiti per le specifiche categorie di pazienti, predisposti e usati da chi eroga prestazioni sanitari per mettere in condizione chi fornisce l'assistenza di identificare, misurare, analizzare e migliorare i processi di cura e rendere il meno gravosa possibile la gestione della malattia al paziente. Nei Percorsi è pertanto identificata la migliore sequenza di azioni da effettuare al fine di raggiungere obiettivi di salute definiti ex-ante, raggiungendo quindi elevati obiettivi sia di efficacia che di efficienza.

La costruzione del percorso clinico organizzativo ideale deve portare anche all'individuazione degli strumenti utili alla sua realizzazione. Tra questi fondamentale importanza hanno i Protocolli e le Procedure, strumenti che sono, allo stesso modo, costruiti dal gruppo di lavoro interessato nel processo.

Definizione di Protocollo: "Schema pre-definito, localmente concordato, di comportamento ottimale come dato di partenza per attività cliniche (o operative). Dà conto delle ragioni, vincoli, obiettivi delle attività in oggetto".

Definizione di Procedura: "Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo" (DPR 14.1.97). In generale: "Modo specificato per svolgere un'attività o un processo" [UNI EN ISO 9000:2000 P.to3.4.5].
Una procedura deve esprimere chi fa, cosa fa, come viene fatto, dove, quando, perché e chi è il responsabile delle attività descritte.

Altri strumenti utilizzati a supporto della programmazione delle attività e della chiara individuazione delle responsabilità e che possono essere allegati al percorso sono il Diagramma di Gantt e la Matrice delle responsabilità. Con la matrice delle responsabilità si individuano le attività e gli attori e per ognuno di essi si indica il grado di responsabilità. Il Diagramma di Gantt indica attività, responsabilità e tempi di esecuzione.

Il percorso è disegnato con una Flow chart (o algoritmo).

Simboli della Flow Chart:



INPUT-OUTPUT (ATTIVAZIONE DEL PERCORSO, RISULTATO DEL PERCORSO)



ATTIVITA'



QUESITO O SNODO DECISIONALE



DOCUMENTO



DIREZIONE DEL PERCORSO

Introduzione, analisi del contesto

A distanza di tre anni dalla redazione e conseguentemente alla revisione del Percorso organizzativo PUA UVT, si è reso necessario provvedere alla verifica dello stato di applicazione del Percorso Cure Domiciliari Integrate (CuDI). È stato ricostituito il gruppo di lavoro con l'integrazione di alcune figure professionali (es. Direttore Sanitario e Medici specialisti del PO, Medici di medicina generale) al fine di affrontare alcune criticità emerse nel tempo.

L'analisi della situazione attuale, eseguita dal gruppo di lavoro, ha evidenziato le seguenti criticità:

- 1 Mancata o tardiva segnalazione del bisogno complesso nei casi in cui si renda necessaria la continuità assistenziale attraverso la presa in carico da parte del Servizio CuDI.
- 2 Tempo di latenza troppo breve tra la segnalazione e la dimissione determinano costantemente l'attuazione del Piano attuativo degli interventi provvisorio con conseguente successiva convocazione della UVT attraverso la via urgente
- 3 L'insufficiente comunicazione tra Medici P.O. e MMG determina un ritardo nella erogazione delle prestazioni atte a garantire la continuità assistenziale. Il solo foglio di dimissione non garantisce infatti una comunicazione solerte ed efficace tra i due attori.
- 4 La mancata segnalazione della dimissione dal PO di persone precedentemente in carico alle CuDI impedisce la riattivazione immediata del Piano assistenziale domiciliare o ritarda la rivalutazione per la presa in carico (necessaria in caso di ricovero protratto per oltre 10 giorni).

Analisi delle cause

1. Mancata diffusione degli strumenti/percorsi e procedure precedentemente elaborati
2. Mancata conoscenza dei servizi offerti dalle CuDI.
3. Verosimile insufficienza di protocolli condivisi ospedale-territorio a garanzia della continuità assistenziale.

Soluzioni proposte

1. Definizione di una PROCEDURA condivisa H- CuDI. - MMG per la segnalazione dei possibili casi candidabili alle CuDI. (PROCEDURA ALLERTA POSSIBILE BISOGNO COMPLESSO)
2. Realizzazione di incontri informativi sul "Percorso CuDI" destinati agli operatori del P.O. e MMG.
3. Realizzazione di momenti di formazione sugli strumenti adottati destinati agli operatori del P.O. e MMG.

Definizione di Cure Domiciliari Integrate

Si tratta di interventi di assistenza sanitaria e sociale che prevedono trattamenti medici, infermieristici, farmacologici, riabilitativi ed abilitativo-educativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti ed in condizioni di "fragilità", con patologie in atto o esiti delle stesse, finalizzati a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana; dette prestazioni sono erogate a domicilio della persona.

Quadro normativo di riferimento

DGR N.51/49 del 20.12.2007 "Direttive per la riqualificazione delle Cure Domiciliari Integrate. ..."

DGR N.7/5 del 21.02.2006 "Istituzione del punto unico di accesso ai servizi alla persona e delle Unità di Valutazione territoriale"

DGR N.15/24 del 13.04.2010 "Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari"

Circolare ARIS 8619708 del 23.09.2010

Destinatari

Le Cure Domiciliari Integrate sono rivolte principalmente a persone non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza, spesso con patologie croniche o cronico-degenerative, con le seguenti priorità:

- persone in condizioni di fragilità con limitazione dell'autonomia parziale o totale;
- persone affette da demenza e malattia di Alzheimer;
- persone in dimissione programmata da reparti ospedalieri o da altre strutture sanitarie e/o residenziali;
- persone con patologie oncologiche in fase avanzata e/o con patologie in fase terminale;
- persone non autosufficienti affette da SLA conclamata;
- persone con patologie HIV correlate in fase avanzata;
- persone non autosufficienti con disabilità complesse, con patologie croniche gravi e/o particolari condizioni di rilevanza sociale non suscettibili di miglioramenti riabilitativi.

Attori coinvolti

- Persona e famiglia
- MMG/PLS
- Medici di distretto

- Medici specialisti
- Psicologi
- Farmacisti
- Assistenti Sociali
- Infermieri
- Terapisti della Riabilitazione
- Operatori Socio Sanitari
- Educatori
- Assistenti Familiari
- Volontariato
- Amministrativi
- Assistente spirituale

Obiettivi

Obiettivi GENERALI delle cure domiciliari

- ↳ Mantenere le persone non autosufficienti nel proprio ambiente di vita
- ↳ Organizzare a domicilio della persona piani personalizzati di assistenza socio-sanitaria
- ↳ Favorire i percorsi di rete nell'assistenza territoriale socio-sanitaria
- ↳ Migliorare l'offerta assistenziale alla popolazione anziana (over 65 anni)
- ↳ Favorire l'integrazione ospedale - territorio

Obiettivi specifici del percorso di miglioramento (Rev. 1 del percorso).

- ↳ Diffondere i percorsi già condivisi
- ↳ Assicurare che le segnalazioni siano fatte in tempo utile a garantire la continuità assistenziale.
- ↳ Disegnare l'offerta assistenziale
- ↳ Uniformare i comportamenti delle strutture coinvolte nel processo
- ↳ Definire ruoli, responsabilità e interazioni degli attori coinvolti

Indicatori

N. di persone inserite in CuDI. dopo dimissione dal PO con precedente segnalazione alert/tot persone inserite in CuDI. dopo dimissione dal PO

Numero eventi formativi e informativi realizzati. Standard minimo 2 all'anno.

N° di ricoveri ospedalieri di pazienti in cure domiciliari/ totale pazienti in cure domiciliari (Standard attuale: 25%-Standard atteso 20%)

(N° di richieste che seguono la procedura condivisa contenuta nel percorso/totale delle richieste)*100 (standard 90%)

Fonte dei dati per l'Audit: sistema informativo aziendale e flussi informativi.

Gruppo di lavoro – Programmazione del percorso

- Dott.ssa Serenella Cadoni, Responsabile UO Cure Domiciliari Integrate
- Dott.ssa Annaclara Melis, Direttore Distretto Sanluri
- Dott. Aldo Casadlo, Direttore Distretto Guspini
- Dott. G Sechi, Direttore Sanitario PO
- Dott. Pierpaolo Pateri, Direttore Servizio delle Professioni Sanitarie
- Dott.ssa Silvana Pilla, Cure Domiciliari Integrate Distretto di Guspini
- Dott. Igino Pisu, Cure Domiciliari Integrate Distretto di Sanluri
- Dott.ssa Giovanna Mocchi Cure Domiciliari Integrate Distretto di Sanluri
- Dott. ssa Giulia Gramignano, Servizio oncologia
- Dott.ssa A. Maria Vaccarglu, MMG
- Dott. Stefano Setzu, MMG
- Dott.ssa Barbara Corrias, Psicologa
- Coord. Beniamino Ghiani, P.O. SPS raccordo ospedale - territorio
- Coord. Leonardo Mameli, P.O. SPS Cure Domiciliari Integrate Distretto Sanluri
- Coord. Angelo Marci, P.O. SPS Cure Domiciliari Integrate Distretto Guspini
- Sig. Stefano Caredda, Collaboratore Amministrativo
- Dott.ssa Tiziana Conti, Assistente Sociale

Facilitatore: Barbara Collu, Infermiere Referente Area Formazione e Qualità SPS

Referente unico del percorso

Dott.ssa Serenella Cadoni, Responsabile UO Cure Domiciliari Integrate

Terminologia, abbreviazioni, simboli

BISOGNO "COMPLESSO" presuppone la presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale con l'integrazione socio-sanitaria, una Valutazione Multidimensionale con la definizione di un progetto personalizzato, la programmazione, l'erogazione degli interventi e la valutazione dei risultati.

BISOGNO "SEMPLICE" è un bisogno che non presuppone né una Valutazione Multidimensionale né una presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale.

H (ospedale)

P.O. Presidio Ospedaliero

MMG (Medico Medicina Generale)

PAI (Piano Attuativo Interventi)

PLS (Pediatra Libera Scelta)

PUA (Punto Unico d'Accesso)

CuDI (Cure Domiciliari Integrate).

SPS (Servizio delle Professioni Sanitarie)

SVAMA Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone Adulte e Anziane attraverso la quale è possibile effettuare :

- Valutazione Cognitiva e Funzionale;
- Valutazione dei risultati.
- Valutazione Psicologica
- Valutazione Sanitaria;
- Valutazione Sociale;

UO (Unità Operativa)

UVM (Unità Valutazione Multidimensionale)

UVT (Unità Valutazione Territoriale)

PROCEDURA ALLERTA POSSIBILE BISOGNO COMPLESSO

La procedura è antecedente al percorso di segnalazione al PUA.

DESTINATARI: tutte le persone ricoverate che al momento del ricovero presentano un bisogno complesso che configura una possibile presa in carico da parte del Servizio Cure Domiciliari (CuDI) al momento della dimissione.

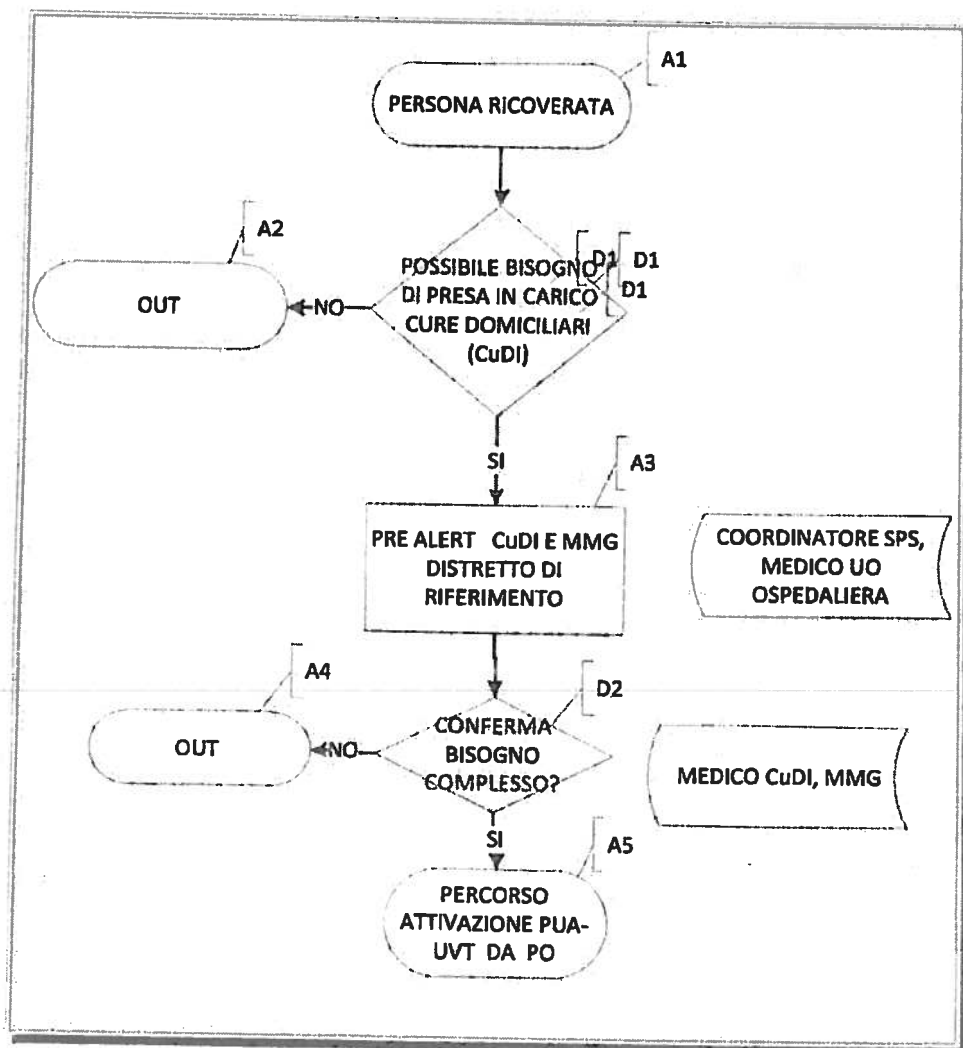
RESPONSABILI: Medici del PO, Coordinatori SPS, MMG, CuDI

SCOPO: informare precocemente MMG e CuDI

TEMPI: al momento del ricovero

INDICATORI: N. di persone inserite in CuDI. dopo dimissione dal PO con precedente segnalazione alert/tot persone inserite in CuDI. dopo dimissione dal PO

STANDARD: 70%



LEGENDA:

A1: PERSONA RICOVERATA : tutte le persone che al momento del ricovero devono essere valutate in merito alla possibile necessità di presa in carico territoriale.

D1: POSSIBILE BISOGNO DI PRESA IN CARICO CURE DOMICILIARI Valutare se, sulla base delle condizioni cliniche della persona sia prevedibile una presa in carico da parte delle CuDI .

Vale ricordare inoltre che, a fronte di persone che potrebbero presentare contemporaneamente o esclusivamente, un bisogno sociale (ad esempio persone che si presentano da sole e che apparentemente non sono in grado di soddisfare le ADL) è necessario attivare l'assistente sociale del PO così come già previsto nella Procedura di attivazione del PUA fase Intra ospedallera con il modulo "richiesta di intervento di AS a favore di ospedalizzati" (Allegato 2).

A2: OUT

A3: PRE ALERT MMG e CuDI DISTRETTO DI RIFERIMENTO: Il coordinatore dell'UO ed il Medico responsabile della persona ricoverata sottoscrivono il modulo (Allegato 1) che verrà inviato al MMG della persona, alla U.O. CuDI del Distretto di appartenenza e alla Posizione Organizzativa SPS coordinamento e gestione operatori nel raccordo H-Territorio.

NB: tale Alert non costituisce segnalazione del caso al PUA.

D2: CONFERMA BISOGNO COMPLESSO? Il medico delle CuDI, valutata con il MMG la presenza del bisogno complesso, comunica l'esito al Medico della U.O. Ospedallera.

A4: OUT

A5: PERCORSO ATTIVAZIONE PUA-UVT DA PO: Attivare il PUA secondo quanto disposto nel Protocollo PUA UVT. (Allegato:☺)

Diagramma di Gantt – CRONOGRAMMA

FASE	RESPONSABILITÀ (R, E, I)	TEMPI (mesi)												OUTPUT			
		G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D				
1- Condivisione, attraverso eventi informativi / formativi, della procedura elaborata e di tutto il Protocollo C.D.	CD (R,E), SPS (R), Direzione sanitaria PO(R), SVRU (R,E), direzione aziendale (I)																Tutto il personale medico e infermieristico (dipendente o in convenzione) coinvolto nel processo conoscerà il Protocollo e le sue procedure.
2- Rendere disponibili tutti i riferimenti (MMG, CUDI, Coordinatori SPS e Medici Ospedalieri).	CD, SPS, SERV AMM.VO																
3- Avvio della sperimentazione della Procedura Alert	Medici e coordinatori SPS delle U.O., CD, MMG																Attivazione della Procedura
4- Audit con eventuale revisione procedura	Gruppo di lavoro(R,E) Direzione aziendale (I)																Verifica eventuali criticità nella applicazione della procedura, analisi delle probabili cause e individuazione correttivi/azioni di miglioramento.
5- Avvio definitivo	Medici e coordinatori SPS delle U.O., CUDI, MMG																Avvio in tutte le UO
6- Valutazione continua																	

ALLEGATO 1

SCHEDA ALLERTA TERRITORIO

C.A.

Dott. _____
MMG Persona assistita
U.O. Cure Domiciliari
Distretto _____

E p.c.

Coord. Beniamino Ghiani
Responsabile SPS raccordo ospedale territorio

San Gavino _____

Reparto _____

Paziente _____ letto n° _____ st.n° _____

Nato/a a _____ il _____

Residente _____ in Via _____

Ricoverato dal _____

Diagnosi all'ammissione _____

Medico di famiglia: _____

Familiare di riferimento _____ tel. _____

Dimissione prevista in data¹: _____

Coordinatore infermieristico

Medico U.O. / Servizio

¹ Nel caso in cui essa sia già prevedibile

ALLEGATO 2

RICHIESTA INTERVENTO DI ASSISTENZA SOCIALE A FAVORE DI OSPEDALIZZATI

San Gavino _____

Reparto _____

Paziente _____ letto n° _____ st.n° _____

Nato/a a _____ il _____

Residente _____ in Via _____

Ricoverato dal _____ per _____

Famillare di riferimento _____ tel. _____

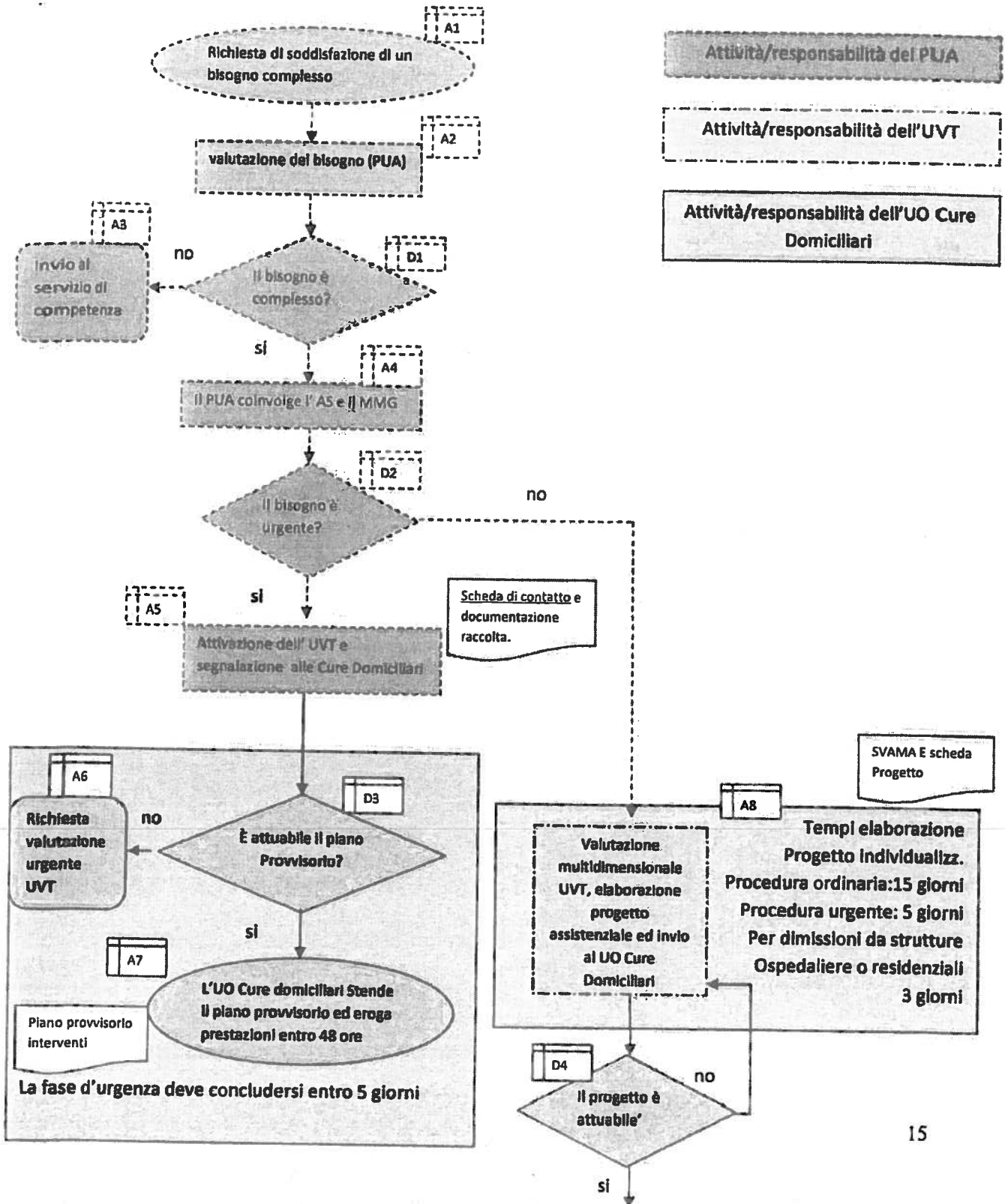
Nome MMG: _____

Dimissione prevista _____

Motivo della segnalazione _____

Il Medico o delegato

RAGIONAMENTO CLINICO-



NOTE ESPLICATIVE FLOW CHART

A= attività

D= quesiti / snodi decisionali

A1 = Richiesta di soddisfazione di un bisogno complesso

Scheda di segnalazione (allegato 1 e 2)

A2= Valutazione del bisogno (PUA) il bisogno viene valutato dai componenti del PUA.

D1= Il bisogno è complesso? (vedi legenda)

A3 = Invio al servizio di competenza: se il bisogno non è complesso invio ad altro servizio per intervento semplice (esempio: prescrizione di ausili, visita specialistica o altro)

A4 = Il PUA coinvolge l' AS comunale e il MMG: necessari per attivare l'Unità di Valutazione territoriale

D2= Il bisogno è urgente? Se è urgente devono essere date risposte entro i termini definiti dalla legge.

A5 = Attivazione dell' UVT e segnalazione alle Cure Domiciliari : con la trasmissione della Scheda di contatto (allegato 1) e documentazione raccolta.

D3= È attuabile il Piano Provvisorio? Valutazione da parte delle Cure domiciliari. In caso di non attuabilità del Piano, si procede con A6, in caso di attuabilità con A7.(per la definizione di Piano Provvisorio si rimanda ad A7)

A6 = Convocazione urgente UVT:

Il responsabile dell'UVT, attraverso il segretario, convoca il nucleo base dei componenti UVT così composto:

- MEDICO DI DISTRETTO;
- ASSISTENTE SOCIALE DEL COMUNE;
- INFERMIERE.

In base alle esigenze del caso l'UVT viene Integrata da:

- MEDICI SPECIALISTI, ASSISTENTE SOCIALE AZIENDALE, PSICOLOGA.

Tempi: la convocazione avviene in forma urgente entro 24 ore e viene trasmessa con modalità diretta, fax-telefono.

A7 = L'UO Cure domiciliari stende il piano provvisorio ed eroga prestazioni entro 48 ore.

La stesura del Piano Provvisorio è effettuata con la valutazione, da parte del Medico di distretto, del coordinatore infermieristico e del MMG della documentazione inviata dal PUA, ha un termine massimo di 5 giorni e deve contenere:

- Dati anagrafici paziente;
- Durata (Inizio-scadenza);
- Tipologia, tempi interventi;
- Operatori coinvolti

A8 = Valutazione multidimensionale UVT, elaborazione progetto assistenziale ed invio al UO Cure Domiciliari:

Elaborazione del progetto assistenziale da parte dell'UVT composta da: medico di distretto, assistente sociale del comune di competenza, infermiere.

In base alle esigenze del caso partecipano altre figure quali: medici specialisti, assistente sociale aziendale, psicologa.

- **Tempi:** 15 giorni nei casi ordinari, 5 giorni nei casi urgenti, 3 giorni nei casi di dimissione da una struttura ospedaliera o residenziale.
- **Mezzo:** SVAMA (allegato 3), cartaceo e sistema informatico (Atlante), progetto personalizzato.
- **Procedure:** visita domiciliare, colloqui, valutazione multidimensionale (somministrazione SVAMA, elaborazione delle informazioni raccolte, formulazione del profilo socio-sanitario ed individuazione del percorso assistenziale appropriato, elaborazione del progetto personalizzato).

L'UVT trasmette copia del progetto al PUA di riferimento, il quale lo inserisce nel fascicolo personale; una copia del progetto verrà data all'interessato e all'U.O delle Cure Domiciliari per l'attivazione attraverso la definizione del PAI

D4: il progetto è attuabile?': l'U.O Cure Domiciliari valuta l'attuabilità del piano

A9 = Piano Attuativo Interventi DEFINITIVO ed erogazione degli interventi

Unità Operativa Distrettuale Cure Domiciliari Integrate

- Medico UO distrettuale cure domiciliari;
- Coordinatore Infermieristico distrettuale;
- MMG del paziente;
- Assistente sociale del Comune.

In base alle esigenze del caso partecipano altre figure quali:

- MEDICI SPECIALISTI, ASSISTENTE SOCIALE AZIENDALE, PSICOLOGA.

Tempi: 48 ore.

Mezzo: SVAMA (allegato 2), cartaceo e sistema informatico (Atlante), PAI (allegato 3), eventuali scale monodimensionali aggiuntive e Cartella clinica domiciliare (allegato 4).

Procedure: visita domiciliare, colloqui, riunioni d'equipe.

PIANO ATTUATIVO DEGLI INTERVENTI (PAI):

- Anagrafica del paziente;
- Definizione tipologia, tempi delle prestazioni ed operatori coinvolti;
- Interventi di tipo sociale (tipologia, tempi, operatori coinvolti);
- Interventi di tipo psicologico (tipologia, tempi);
- Periodicità degli accessi MMG/PLS;
- Durata complessiva del PAI (data d'avvio e valutazione intermedia e finale);
- Obiettivi di cura/riabilitazione;
- Referente del caso;
- Referente familiare;
- Risultati attesi.

D5: Il bisogno è variato? Rivalutazione e monitoraggio. Con eventuale richiesta di rivalutazione UVT

A10 = Prosecuzione del piano sino alla scadenza: in assenza di variazione del bisogno.

D6: Il bisogno sussiste ancora? Valutazione effettuata alla scadenza del piano

A11= rivalutazione UVT: Rivalutazione del Progetto Personalizzato da parte dell'UVT.

D7: Cure domiciliari? Ci si chiede se la persona presenti ancora i requisiti per le Cure domiciliari

A12= Dimissione e comunicazione UVT: qualora il bisogno non sussista più e il piano sia a termine.

A13= Esce dal percorso cure domiciliari.

NB: per il dettaglio del percorso riferito al PUA e all'UVT si fa riferimento ai percorsi specifici.

CONCLUSIONI

Il presente percorso sarà oggetto di sperimentazione applicativa per un tempo di 6 mesi con decorrenza dalla attivazione del nuovo sistema organizzativo (PROCEDURA ALLERTA POSSIBILE BISOGNO COMPLESSO)

Contemporaneamente, verranno attuate misure di integrazione con le strutture della rete assistenziale (ospedale, MMG, Servizi sociali dei Comuni, PUA-UVT, ecc.) al fine di elaborare protocolli e procedure condivisi.

Verrà curata la diffusione del percorso attraverso la realizzazione di interventi formativi e informativi con gli attori del percorso.

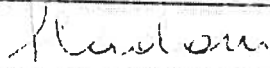
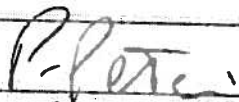
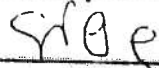
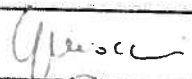
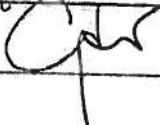

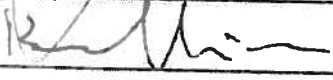
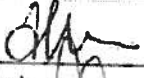
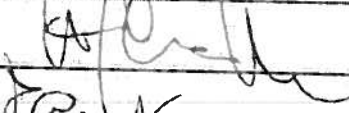
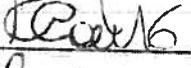
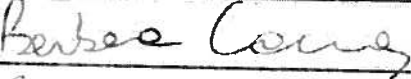

ALLEGATI

1. SCHEDA DI CONTATTO PUA
2. SCHEDA SVAMA
3. PAI
4. CARTELLA CLINICA DOMICILIARE

BIBLIOGRAFIA

- Casati G. La gestione dei processi in Sanità. QA Vol. 13. N. 1, 2002
- Weingarten S.: Critical pathways: what do you do when they do not seem to work? AJM, 2001
- Russo R. Profili di cura e profili assistenziali: obiettivi e metodologia. Politiche sanitarie 2000.
- Panella M., Moran N. Di Stanislao F. Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc. Profili assistenziali. QA, 8 (1) 1997
- Morosini P. Indicatori in valutazione e miglioramento della qualità professionale. Rapporti ISTISAN 04/29 Rev. 2004, v, 112 p.
- A. Ardingò, Sociologia e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria. Franco Angeli, 2006
- C. Cipolla , G. Giarelli , L. Altieri, Valutare la qualità in sanità. Approcci, metodologie e strumenti - Collana: Laboratorio sociologico, 2a ristampa 2004, 1a edizione 2002
- C. Cipolla (a cura di), Manuale di sociologia della salute. Vol.III. Spendibilità, FrancoAngeli, 2009
- C. Corposanto, Sulla valutazione della qualità nei servizi sociali e sanitari, FrancoAngeli Editore collana Salute e Società - anno 2007
- F. Guarino, L.Mignardl, Tecnologie a rete per la salute e l'assistenza, FrancoAngeli Editore collana Salute e Società - anno 2007
- G. Bertin, Governance e valutazione della qualità nei servizi sociosanitari, FrancoAngeli, 2007
- M. Ingrosso, Fra reti e relazioni, FrancoAngeli Editore - collana Salute e Società, anno 2007
- S. Baraldi, Il Balance Scorecard nelle aziende sanitarie, McGraw-Hill, 2005
- Wilson J.: integrated care management. Br J Nurs, 1998
- Herring L: Critical pathways: an efficient way to manage care. Nurse Stand, 1999
- Campbell H.: Integrated care pathways. BMJ, 1998
- Bailey DA., Litaker DG.: Developing better critical paths in healthcare: combining best practice and the quantitative approach. J Nurs Adm, 1998

FIRMA PER APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO DA PARTE DEI COMPONENTI DEL GRUPPO DI LAVORO

NOMINATIVO	FIRMA
Dr.ssa Serenella Cadoni	
Dr.ssa Annaclara Melis	
Dott. Aldo Casadio	
Dott. Pateri Pierpaolo	
Dr.ssa Silvana Pilia	
Dott. Pisu Iginò	
Dr.ssa Giovanna Mocci	
Dott. Giuseppe Sechi	
Dr.ssa Giulia Gramignano	
Dr.ssa A.M. Vaccargiu	
Dr. Stefano Setzu	
Coord. Beniamino Ghiani	
Coord. Leonardo Mameli	
Coord. Angelo Marci	
Sig. Stefano Caredda -	
Dr.ssa Tiziana Conti	
Dr.ssa Barbara Corrias	
Inf. Barbara Collu (FACILITATORE)	

Lista di distribuzione del documento:

DATA	SERVIZIO/UO	NOME	FIRMA
	Dirett. distretto Sanluri	Annaclara Melis	
	Dirett. distretto Guspini	Aldo Casadio	
	Dirett. Serv. Prof. Sanitarie	Pierpaolo Pateri	
	Dirett. Serv. Socio sanitario	Andrea P. Floris	
	Dirett. Sanit Pres. Ospedaliero	Giuseppe Sechi	
	Dirett. Dip. Medicina	Gianfranco Ibba	
	Dirett. Dip. Chirurgia	Giulio Sorrentino	
	Dirett. Dip. Servizi	Francesco Ronchi	
	Posiz. organizz. SPS gestione operatori PO	M. Cristina Racis	
	Posiz. organizz. DH e DS	M. Paola Pilloni	
	Posiz. Organizz Ospedale territorio	Beniamino Ghiani	
	Resp. SPS Cure domiciliari Sanluri	Leonardo Mameli	
	Resp. SPS Cure domiciliari Distr. Guspini	Angelo Marci	
	Medici di Medicina Generale		
	Specialisti ambulatoriali		