

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

PROCEDURA

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

Prot. n. _____ del _____

Data di emissione del documento _____

Data di applicazione del documento _____

Elenco Revisioni

Revisione		Descrizione modifica	Redazione	Verifica	Approvazione	Data di decorrenza
N°	Data					
1						
2						
3						
4						
5						

Cod. _____	Data Applicazione _____	Rev. 1 Data _____	Rev. 2 Data _____	Rev. 3 Data _____	Rev. 4 Data _____	Rev. 5 Data _____
---------------	----------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

REDAZIONE		VERIFICA		APPROVAZIONE	
Data		Data		Data	
Responsabile Gruppo di lavoro Serennella Cadoni	Facilitatore				
Gruppo di lavoro: Igino Pisu					
Serennella Cadoni					
Giovanna Mocci					

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

LISTA DI DIFFUSIONE CONTROLLATA DEL DOCUMENTO

NOMINATIVO	ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA	RUOLO	FIRMA PER RICEZIONE	AVVENUTA	DATA
Annaclara Melis	Distretto di Sanluri	Direttore			
Aldo Casadio	Distretto di Guspini	Direttore			
Pierpaolo Pateri	Servizio Professioni Sanitarie	Direttore			
Salvatore Chia	Servizio Sociosanitario	Direttore			
	Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero N.S.Bonaria - San Gavino	Direttore			
	Dipartimento Medicina	Direttore			
Giulio Sorrentino	Dipartimento Chirurgia	Direttore			
Francesco Ronchi	Dipartimento Servizi	Direttore			
Medici di Medicina Generale	Ambulatorio territoriale	Responsabile terapeutico			
Specialisti Ambulatoriali	Specialisti Poliambulatorio	Consulenti			

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

INDICE

1. **PREMESSA**
2. **SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE**
3. **ACRONIMI TERMINI E DEFINIZIONI**
 - a. Acronimi del U.O. Cure Domiciliari Integrate e delle sue articolazioni organizzative
 - b. Altri acronimi
 - c. Termini e definizioni
4. **RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI**
 - a. Interni
 - b. Esterni
5. **DIAGRAMMA DI FLUSSO**
6. **DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE**
7. **MATRICE DELLE RESPONSABILITA'**
 1. **MODALITÀ OPERATIVE (Azioni e decisioni)**
 2. **MONITORAGGIO**

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

1. PREMESSA

Il potenziamento del sistema delle Cure Domiciliari Integrate (CuDI) ha rappresentato negli ultimi anni un obiettivo di rilevanza strategica nella programmazione sociosanitaria della Regione e rientra tra gli interventi di riorganizzazione e sviluppo territoriale, al fine di garantire la continuità assistenziale in favore di persone non autosufficienti o a grave rischio di perdita della autosufficienza.

Si tratta di un Servizio presente nel Distretto Sociosanitario, che eroga interventi di assistenza sanitaria e sociale (trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi ed abilitativo-educativi prestati da personale qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse), finalizzati a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Il processo assistenziale delle CuDI si sviluppa, quindi, attraverso un insieme ordinato e programmato di interventi sanitari e socioassistenziali, articolati per fasi ed erogati allo scopo di limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita delle persone portatrici di un bisogno complesso.

Si rende pertanto necessario ed opportuno definire una procedura che caratterizzi le fasi del processo di presa in carico del paziente in CuDI.

2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le modalità operative e le responsabilità in merito alla Presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate (CuDI) al fine di garantire l'erogazione della Assistenza Sociosanitaria a pazienti non autosufficienti nel proprio domicilio.

La presente procedure si applica al territorio di competenza della ASL6 di Sanluri.

Sono tenuti alla applicazione della presente procedura tutti i membri del personale dell'U.O. e coloro che interagiscono con essa nel processo di presa in carico.

Processo principale:

La presa in carico del paziente in CuDI

Microprocessi:

Analisi della proposta

Organizzazione / Pianificazione della valutazione

La Valutazione Multidimensionale

L'erogazione delle prestazioni

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

3. ACRONIMI TERMINI E DEFINIZIONI

3.1 Acronimi del U.O. Cure Domiciliari Integrate e delle sue articolazioni organizzative

Descrizione dell'articolazione organizzativa	Acronimo
Direttore di Distretto	DD
Responsabile di Struttura Semplice	RSS
Incarico di Servizio	IdS
Dirigente Medico	DM
Psicologo	PS
Coordinatore Infermieristico	CI
Amministrativo	AM
Assistente Sociale	AS
Medico Specialista	MSP
Medico di Medicina Generale	MMG
Pediatra di Libera Scelta	PLS
Infermiere	IP
Fisioterapista	FT
Operatore Socio Sanitario	OSS
Farmacista	FA

3.2 Altri Acronimi

Descrizione dell'articolazione organizzativa	Acronimo
Direttore Amministrativo	DA
Direttore Generale	DG
Direttore Sanitario	DS
Istruzione Operativa	IO
Ministero della Salute	MS
Non Conformità	NC
Procedura di gestione	PG
Procedura documentata	PD
Procedura operativa	PO
Servizio delle Professioni Sanitarie	SPS
Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate	U.O.CuDI
Punto Unico di Accesso	PUA
Unità di Valutazione Territoriale	UVT
Unità di Valutazione Multidimensionale	UVM
Piano Attuativo degli Interventi	PAI
Segreteria Organizzativa	SO
Scheda Valutazione Multidimensionale Adulti/Anzian	S.Va.M.A.

Cod. _____	Data Applicazione _____	Rev. 1 Data _____	Rev. 2 Data _____	Rev. 3 Data _____	Rev. 4 Data _____	Rev. 5 Data _____
---------------	----------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

3.3 Termini e Definizioni

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 e 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.

Bisogno Complesso

Presuppone la presa in carico globale della persona da parte di una équipe multiprofessionale con l'integrazione sociosanitaria, una Valutazione Multidimensionale con la definizione di un progetto personalizzato, la programmazione, l'erogazione degli interventi e la valutazione dei risultati.

Bisogno Semplice

E' un bisogno che non presuppone ne' una Valutazione Multidimensionale ne' una presa in carico globale della persona da parte di un'équipe multiprofessionale.

Unità di Valutazione Territoriale

Si configura come équipe con competenze multidisciplinari, in grado di leggere le esigenze delle persone con bisogni sanitari e sociali complessi, di rilevare e classificare le condizioni di bisogno e definire il percorso assistenziale più appropriato per l'assistito da attuarsi con la condivisione della persona interessata e della sua famiglia.

Valutazione multidimensionale

E' un processo dinamico e interdisciplinare volto ad indagare e descrivere la tipologia e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, individuandone le risorse e le potenzialità residue. Questo approccio globale alla persona, attraverso l'uso di scale e strumenti scientificamente validati (SVaMA), consente di definire un progetto di cura individuale (progetto personalizzato).Le dimensioni che configurano la natura multipla della valutazione sono rappresentate da: salute fisica, stato cognitivo, stato funzionale, condizione economica e sociale, ambiente di vita.

Cod. _____	Data Applicazione _____	Rev 1 Data _____	Rev 2 Data _____	Rev 3 Data _____	Rev. 4 Data _____	Rev. 5 Data _____
---------------	----------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------	----------------------

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano(SVaMA)

E' uno strumento per la valutazione multidimensionale, composto da quattro sezioni che vanno ad esplorare le 4 aree tematiche sanitarie e sociali (Area fisica -Area cognitiva- Area funzionale- Area sociale) attraverso la somministrazione di scale di valutazione monodimensionali. Costituisce lo strumento ufficiale per l'accesso alla rete dei servizi al fine di definire il setting assistenziale più appropriato.

Piano Attuativo degli interventi (PAI)

Rappresenta lo strumento tecnico che traduce in termini operativi il progetto personalizzato di assistenza. Esso contiene: la valutazione multidimensionale e l'individuazione del livello assistenziale, la durata del Piano, la periodicità degli accessi del Medico di Medicina Generale, gli interventi degli operatori sanitari e la loro periodicità, gli interventi di tipo sociale, gli obiettivi di cura e riabilitazione, i risultati attesi, l'individuazione del familiare o persona di riferimento (care giver), il referente del caso all'interno della Unità operativa Cure Domiciliari (case manager).

4. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

4.1 INTERNI

ASL Sanluri	Percorso Clinico Organizzativo Cure Domiciliari Integrate
ASL Sanluri	Percorso Clinico Organizzativo PUA UVT
ASL Sanluri	Atto Aziendale Anno.....

4.2 ESTERNI

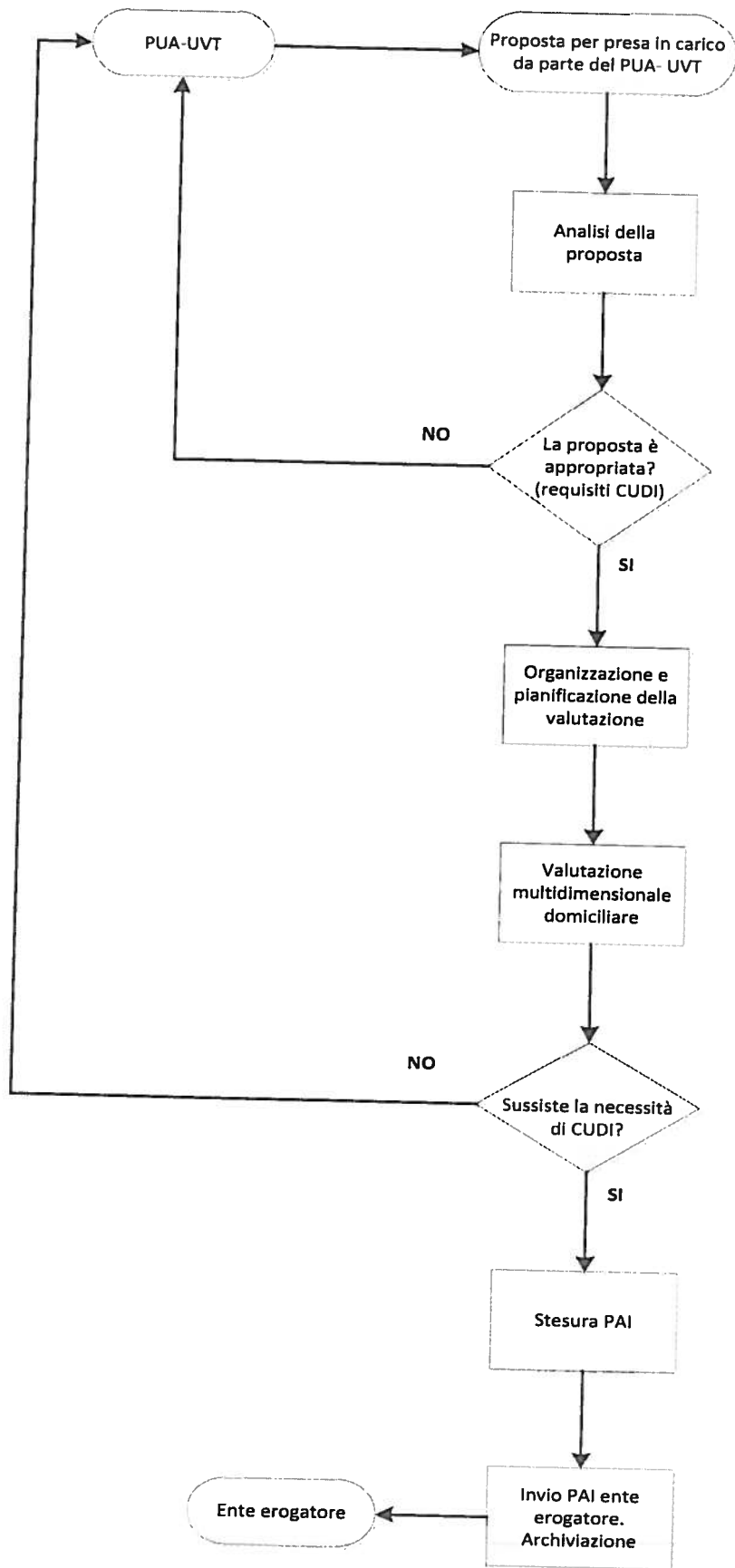
Regione Autonoma della Sardegna Assessorato Igiene e Sanità.....	D.G.R.n°51/49 del 20/12/2007: Direttive per la riqualificazione delle Cure Domiciliari Integrate
Regione Autonoma della Sardegna Assessorato Igiene e Sanità.....	D.G.R. n°15/24 del 13/04/2010: Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

5.DIAGRAMMA DI FLUSSO

Cod. _ _ . _ . _	Data Applicazione _____	Rev. 1 Data _____	Rev. 2 Data _____	Rev. 3 Data _____	Rev. 4 Data _____	Rev. 5 Data _____
---------------------	----------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate



La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

6.DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE

FUNZIONE	Medico
ISTRUZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Laurea in medicina e chirurgia. • Eventuale Specializzazione in Igiene e Medicina preventiva
FORMAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Documentato training di almeno 6 mesi in Servizio Cure Domiciliari
ESPERIENZA	<ul style="list-style-type: none"> • Esperienza lavorativa di almeno un anno in OSSB o strutture per non autosufficienti.
ABILITA'	<ul style="list-style-type: none"> • Possedere buone capacità comunicative e relazionali • Saper valutare i bisogni ed individuare possibili risposte • Capacità di gestione del lavoro e dell'équipe • Saper utilizzare le scale di valutazione multidimensionale

FUNZIONE	Infermiere
ISTRUZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Diploma/Laurea in Scienze infermieristiche
FORMAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Documentato training di almeno 6 mesi in Servizio Cure Domiciliari
ESPERIENZA	<ul style="list-style-type: none"> • Esperienza lavorativa prestata nell'ambito della non autosufficienza (RSA – Case protette – Cure Domiciliari)
ABILITA'	<ul style="list-style-type: none"> • Possedere buone capacità comunicative e relazionali • Manifesta capacità di lavoro in équipe • Saper valutare i bisogni ed individuare possibili risposte • Conoscere la rete dei servizi e le modalità di utilizzo • Capacità di esecuzione delle comuni tecniche infermieristiche e utilizzo delle scale di valutazione multidimensionale

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

FUNZIONE	Assistente Sociale
ISTRUZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Laurea di I livello appartenente alla classe delle lauree in Servizio Sociale o altro titolo abilitante all'esercizio della professione di Assistente Sociale
FORMAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Documentato training di almeno 6 mesi in Servizio Cure Domiciliari
ESPERIENZA	<ul style="list-style-type: none"> • Esperienza lavorativa di almeno due anni prestata presso strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private convenzionate con specificità nell'ambito dell'integrazione tra ASL e Comuni (PUA – UVT e percorsi da esse derivanti)
ABILITA'	<ul style="list-style-type: none"> • Possedere buone capacità comunicative e relazionali • Manifesta capacità di lavoro in équipe • Saper valutare i bisogni ed individuare possibili risposte • Conoscere la rete dei servizi e le modalità di utilizzo • Capacità di gestione delle dinamiche operative e relazionali di rete correlate alla gestione dei bisogni.

FUNZIONE	Psicologo
ISTRUZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Laurea in Psicologia • Specializzazione in Psicoterapia e Master in Psiconcologia
FORMAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Training formativo documentato in Psiconcologia e counseling
ESPERIENZA	<ul style="list-style-type: none"> • Esperienza lavorativa di almeno due anni in Psiconcologia e counseling nel processo di elaborazione del lutto maturata presso PUA – UVT e percorsi da esse derivanti
ABILITA'	<ul style="list-style-type: none"> • Possedere buone capacità comunicative e relazionali • Possedere capacità di lavoro in équipe e di gestione delle dinamiche di gruppo (famiglia – équipe e rete assistenziale) • Analisi dei bisogni valutazione e pianificazione dell'intervento

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

	<ul style="list-style-type: none">• Conoscere la rete dei servizi e le modalità di utilizzo• Possedere competenze cliniche specifiche nella gestione della malattia, morte e lutto.
--	--

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

FUNZIONE	Amministrativo
ISTRUZIONE	<ul style="list-style-type: none"> Diploma Scuola Superiore
FORMAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> Documentato training di almeno 6 mesi in Servizio Cure Domiciliari
ESPERIENZA	<ul style="list-style-type: none"> Esperienza lavorativa prestata nell'ambito di servizi sanitari o sociosanitari
ABILITA'	<ul style="list-style-type: none"> Possedere buone capacità comunicative e relazionali Manifesta capacità di lavoro in équipe Conoscere la rete dei servizi e le modalità di utilizzo Capacità di utilizzo dei mezzi e dei programmi informatici più diffusi (word-Excel- Access- etc) e di quelli specifici di cui è dotato il servizio

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

Attività \ Funzione	Responsabile U.O.	Medico Referente U.O.Distretto	Coordinatore Infermieristico	Amministrativo	MMG
Analisi della proposta	RP	R	C	I	I
Organizzazione/Pianificazione della valutazione	I	R	C	C	I
Valutazione	I	C	C	I	C
Definizione PAI	I	C	C	I	C
Erogazione Interventi	I	C	R	C	C

Legenda:

- **[R]** indica chi è responsabile di una specifica attività.
- **[C]** chi è coinvolto in quanto fornisce un contributo essenziale di attività o informazioni.
- **[I]** il/i soggetto/i che sarebbe opportuno/necessario informare.
- **[RP]** designa il responsabile della procedura

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

8. MODALITÀ OPERATIVE (Azioni e decisioni)

Micro processi	Dettaglio operazioni	Chi le compie
1 Analisi della proposta	Analisi della documentazione Invio all'U.V.M. distrettuale	Responsabile Aziendale CuDi
2 Organizzazione e Pianificazione della valutazione	Contatto MMG Contatto Paziente e Famiglia Predisposizione strumenti tecnici Predisposizione strumenti clinici	Medico Referente Coord. Infermieristico Amministrativo Coord. Infermieristico
3 Valutazione e definizione PAI	Valutazione dei bisogni socioassistenziali Valutazione Psicologica Valutazione Socio Assistenziale Somministrazione e compilazione delle Scale di Valutazione Individuazione degli interventi Compilazione PAI Invio del PAI all'Ente erogatore degli interventi	UVM e MMG- Psicologo Assistente Sociale UVM UVM UVM Coordinatore Infermieristico
4 Erogazione degli interventi	Erogazione delle prestazioni a domicilio	Operatori domiciliari dell'Ente erogatore

La presa in carico del paziente in Cure Domiciliari Integrate

9.MONITORAGGIO

Indicatori di Processo	Standard	Calendario di verifica
N° Casi Trattati U 65 / Totale popolazione U65	>3.5 %	Ogni 6 mesi
N° Pz presi in carico / N° Totale Pz proposti	80 %	Ogni 6 mesi

Indicatori di Risultato	Standard	Calendario di verifica
N° Pz presi in carico con rispetto fasi procedura / N° totale Pz presi in carico	80 %	Ogni 6 mesi
N° Pz valutati entro 4 gg dalla proposta/ N° Totale Pz. presi in carico	70 %	Ogni 6 mesi
N° Valutazioni con utilizzo di SVaMA/ N° Totale di valutazioni	90%	Ogni 6 mesi

10. ALLEGATI

Modulistica Cure Domiciliari Integrate:

Scheda di contatto PUA

Proposta di inserimento

S.Va.M.A.

PAI

Modulo richiesta farmaci

Modulo richiesta variazione PAI

Cartella Clinica Domiciliare