

PIANI DI ZONA
DOCUMENTO DI INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
INDICE DELLE MACROAZIONI IN SCHEDA N. 4

- 4.1.1 Confermare il Punto Unico come strumento di accesso ai servizi socio-sanitari integrati ;
- 4.2.1 Rivedere le procedure dell'Unità di valutazione multiprofessionale in uso, migliorandole ;
- 4.3.1 Promuovere uniformità nell'utilizzo della valutazione multidimensionale innanzitutto sul territorio provinciale, secondo modalità indicate dalla Regione e condivise tra Ambiti e Distretti provinciali ;
- 4.4.1 Per tutti i casi che a seguito della valutazione multidisciplinare sortiscono una presa in carico, si configuri un progetto secondo format condivisi ;
- 4.5.1 Redazione dei cataloghi integrati dei servizi Ambito-Distretto Sanitario per ciascuna area di integrazione socio-sanitaria, sia cartacei che digitali ;
- 4.6.1 Confermare, modificare e condividere tra SSC, Azienda Sanitaria e Enti convenzionati/accreditati Protocolli relativi alla continuità assistenziale, sia riferita ai passaggi correlati alle varie fasi d'età, sia ai passaggi tra strutture di ricovero e territorio.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La L.R. 16 ottobre 2014 n.17 di riordino del Servizio Sanitario Regionale stabilisce agli artt. 19-24 i compiti di assistenza primaria dei Distretti Sanitari, mentre la L.R. 12 dicembre 2014 n.26 di ordinamento delle Unioni Territoriali Intercomunali (UTI) regola agli artt. 62-65 il riordino della gestione dei Servizi Sociali dei Comuni ai cui è affidata la tutela sociale delle persone ed in particolare dei minori e delle famiglie ai sensi della L.R. 31 marzo 2006 n.6 .

Per effetto della delega dei servizi a favore delle persone con handicap di cui alla legge 5 febbraio 1992 n.104 da parte dei Comuni all'Azienda Sanitaria, come ora previsto dagli artt. 63 e 64 della L.R. 26/2014, la gestione dell'equipe multidisciplinare distrettuale per l'handicap (EMDH), di cui all'art.8 della L.R.41/1996, rimane in capo al Distretto Sanitario.

La L.R. 17/2014 all'art. 19, comma 14, lettera L, afferma che in ogni Distretto è assicurata la funzione di Centrale Unica Operativa Aziendale per identificazione dei bisogni di salute e assistenziali e di integrazione tra i servizi distrettuali, di prevenzione, ospedalieri ed i Servizi Sociali dei Comuni con lo scopo di assicurare la presa in carico e la continuità assistenziale della popolazione servita. All'art. 23, comma 4, la L.R. 17/2014 afferma che l'Unità di Valutazione Distrettuale (UVD), di cui all'art. 25 della L.R. 10/1998 n.10 e art. 15 della L.R. 37/1995, dotata di competenze multi professionali e multidisciplinari, legge e condivide le esigenze dei cittadini con bisogni complessi sanitari e sociali e garantisce la tempestiva presa in carico e la risposta assistenziale terapeutica, riabilitativa più appropriata.

La L.R. 19 maggio 1998 n.10 all'art.24 attribuisce ai Distretti Sanitari il compito di coordinare, tramite un modello organizzativo corrispondente almeno all'unità funzionale, gli interventi e l'integrazione delle funzioni sociali e sanitarie assolvendo i compiti di screening socio-sanitario integrato per la valutazione e l'avvio degli utenti ai servizi integrati sulla base del bisogno.

La L.R. 31 marzo 2006 n.6 prevede agli artt.5 e 6 l'attuazione da parte dei Servizi Sociali in raccordo con i Distretti Sanitari di un accesso unitario ai servizi del sistema integrato per l'informazione e l'orientamento sull'offerta di interventi e servizi, la valutazione multidimensionale del bisogno eventualmente in forma integrata, la presa in carico degli utenti, l'integrazione degli interventi e l'erogazione delle prestazioni, la continuità assistenziale e, ai sensi dell'art. 41, l'erogazione di interventi economici quali il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP) e per l'assistenza a lungo termine ora disciplinato con Regolamento regionale di attuazione allegato alla DRG n.2426 del 12 dicembre 2014 a sostegno delle situazioni di non autosufficienza trattate a domicilio o in servizi semiresidenziali e di progetti sperimentali nel settore della salute mentale.

Il Decreto Ministeriale Salute del 10 luglio 2007 è il primo atto statale che prevede uno sportello unico di accesso all'interno del modello assistenziale "Casa della Salute" per l'integrazione tra attività sanitarie e attività socio-assistenziali al fine di una presa in carico del paziente tramite l'affido diretto alle unità valutative e ai servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale. In precedenza la legge n.328/2000 di riforma dei servizi sociali all'art.22, comma 4, lettera A, aveva istituito il segretariato sociale con la funzione di accesso alla rete integrata dei servizi.

Il Decreto Ministeriale Solidarietà Sociale del 12 ottobre 2007 indirizza le Regioni a prevedere o rafforzare punti unici di accesso alle prestazioni socio-sanitarie in particolare per le persone non autosufficienti.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ora Ministero della Salute) ha emanato linee di indirizzo nell'Accordo Stato-Regioni per la realizzazione del Punto Unico di Accesso (PUA) per i servizi socio-sanitari, contenute in nota ministeriale prot.11041/DGPROG/PX/I.8.d.g. del 25 marzo 2009.

Il Ministero della Salute e il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) hanno promosso il progetto ministeriale e interregionale "Individuazione ed Implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei

servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità” Nel rapporto finale 9 Regioni (Abruzzo, Calabria, Emilia Romagna, Lazio, Liguria, Marche, Toscana, Sardegna e Veneto) hanno condiviso la seguente definizione di Punto Unico di Accesso : “Il Punto Unico di Accesso è una modalità organizzativa, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l’accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali non comprese nell’emergenza. Il PUA è costruito sui bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa e ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali la persona assistita e i suoi familiari devono adempiere” (Documenti ARS Toscana n.59/2011).

La DRG 11 marzo 2010 n.465 della Regione FVG in attuazione della L.R.n.23/2004 ha previsto la costituzione di una interfaccia unitaria dei servizi sanitari e sociali per garantire l’accesso, la valutazione, il progetto personalizzato e la rivalutazione della persona disabile e anziana.

La definizione del sistema di accesso integrato ai servizi socio-sanitari è un’azione prevista dall’obiettivo 4.1 delle Linee Guida Regionali per la predisposizione dei Piani di Zona (PDZ), approvate con DRG 22 marzo 2012 n.458 in attuazione dell’art.24 della L.R. n.6/2006.

4.1 PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

DEFINIZIONE E FUNZIONI DEL PUA

Il Punto Unico di Accesso (PUA) è un’unità funzionale del Distretto Sanitario in collegamento sinergico con i Servizi Sociali dei Comuni dell’Ambito per recepire e gestire in modo unitario e facilitato la domanda di servizi sanitari e socio-sanitari non compresi nell’emergenza ed attivare valutazioni multidimensionali, interventi a domicilio e inserimenti in residenze protette o centri diurni, prioritariamente a favore di persone fragili con problemi di salute e/o di disagio sociale.

Le funzioni proprie del PUA sono :

1. fornire accoglienza, ascolto, informazioni e orientamento all’uso facilitato della rete integrata di servizi socio-sanitari
2. raccogliere domande di accesso a prestazioni e servizi e segnalazioni su apposita scheda di segnalazione verificandone la completezza di compilazione
3. fornire risposta diretta a casi semplici richiedenti interventi monoprofessionali solo sanitari o solo sociali senza necessità di valutazione multidimensionale
4. raccogliere le ulteriori informazioni necessarie ad effettuare una prima analisi dei bisogni espressi complessi sanitari e sociali
5. attivare valutazioni multidimensionali per i casi complessi richiedenti interventi multi professionali
6. calendarizzare le sedute delle Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale (UVMD) e convocare gli operatori necessari ed i soggetti interessati, familiari o rappresentanti legali della persona assistita

7. verbalizzare le sedute di UVMD ed archiviare in fascicoli personali il Piano Assistenziale Individuale (PAI) prodotto dalle UVMD
8. predisporre le sedute di UVMD per monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali attivati ricevendo da essi un ritorno informativo
9. aggiornare continuamente la mappa dei servizi e delle risorse fruibili del territorio, in collaborazione sinergica con i Servizi Sociali.

ORGANIZZAZIONE DEL PUA

Le funzioni del Punto Unico di Accesso sono articolate su due livelli di competenze :

- 1) L'attività operativa di sportello rivolta al cittadino (front-office) riguarda l'accoglienza, l'informazione, l'orientamento, l'accompagnamento, la decodifica del bisogno semplice con risposta diretta mediante orientamento ai servizi, l'inoltro ai servizi interni al sistema sanitario e sociale per l'evasione di domande complesse.
- 2) L'attività gestionale d'ufficio (back-office) riguarda l'organizzazione delle valutazioni multidimensionali (pre-valutazioni domiciliari o ospedaliere, compilazioni schede Val-Graf, convocazione Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale) la gestione semplificata delle dimissioni protette secondo il Protocollo Operativo di Continuità Assistenziale di Area Vasta del 18 aprile 2012, il concorso alla gestione degli inserimenti in strutture intermedie e residenze protette tipo Casa per Anziani, RSA, Hospice, il raccordo con i servizi interessati e le persone interessate, la raccolta, registrazione e archiviazione dei dati nei fascicoli personali degli assistiti. Il PUA riceve segnalazioni mediante apposita modulistica oltre che dagli ospedali per gestire dimissioni protette, dai servizi sociali, da medici, da altri operatori per attivare valutazioni multidimensionali e interventi multi professionali a favore di persone fragili con bisogni complessi, in condizioni instabili o/e senza una rete adeguata di assistenza familiare domiciliare. Gli operatori del PUA raccolgono poi al domicilio dell'utente con bisogni complessi informazioni individuali preliminari su schede di valutazione multidimensionale (ValGraf, BINA, VAMA, Katz, o ICF) e convocano l'UVMD per la valutazione dei bisogni complessi e la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) riportato nel verbale dell'UVMD.

Le professionalità principalmente coinvolte nelle funzioni del PUA sono : gli infermieri professionali, gli assistenti sociali, gli amministrativi, i medici.

Il PUA deve avere i requisiti della facile raggiungibilità e visibilità ed i requisiti strutturali e tecnologici adeguati per assicurare lo svolgimento delle proprie funzioni con efficacia ed efficienza .

CRITICITA'

Le principali criticità rilevate nelle funzioni del Punto Unico di Accesso sono :

- 1) la mancanza di una piattaforma informatica integrata, convalidata dal sistema Sanitario e Sociale, per la gestione condivisa dei dati, dei carichi di lavoro, dell'offerta di servizi, per lo scambio di informazioni e aggiornamenti, il futuro inserimento dei verbali di UVMD.
- 2) Le inosservanze di applicazione e il mancato aggiornamento del protocollo di continuità assistenziale Ospedale-Territorio.
- 3) la difficoltà frequente a calendarizzare le UVMD nei tempi utili per la disponibilità limitata di alcuni operatori coinvolti nell'assistenza multidisciplinare del caso, in assenza di giornate settimanali fisse dedicate.
- 4) la difficoltà di alcuni operatori già nella pre-valutazione a superare logiche settoriali o prestazionali e riconoscere la necessità di una responsabile presa in carico congiunta per assicurare la continuità assistenziale in particolare nel caso di doppia diagnosi in area psichiatrica, delle dipendenze o della disabilità.
- 5) L'inadeguatezza del catalogo di servizi e strutture territoriali fruibili rispetto ai bisogni delle persone.
- 6) l'insufficiente informazione sul PUA ai portatori di interesse e l'insufficiente formazione continua sulle funzioni del PUA per tutti gli operatori.

PROPOSTE DI SVILUPPO

In base alle criticità rilevate e all'esame comparativo dei modelli di PUA descritti nelle linee d'indirizzo di altre Regioni si elencano le seguenti proposte:

- 1) l'adozione di una piattaforma informatica socio-sanitaria integrata per il PUA per la raccolta ed elaborazione di dati e archiviazione verbali di UVMD e PAI
- 2) la costruzione e/o la revisione di protocolli multidisciplinari condivisi di continuità assistenziale
- 3) l'aggiornamento continuo e la divulgazione di cataloghi dei servizi integrati distretti-ambiti per ampliare le opzioni di intervento
- 4) la semplificazione e l'aggiornamento continuo delle procedure
- 5) la formazione continua multiprofessionale sulle funzioni del PUA
- 6) l'informazione sul PUA ai portatori di interesse
- 7) il monitoraggio delle funzioni del PUA e la valutazione del gradimento dei portatori d'interesse sul servizio

4.2 - 4.3 UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIPROFESSIONALE DISTRETTUALE Miglioramento e Uniformità nell'utilizzo

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale (UVMD) e il Piano Assistenziale Integrato (PAI) sono strumenti di lavoro fondamentali delle attività di Distretti e Ambiti in cui si realizza l'integrazione tra i diversi servizi e attività a favore del cittadino in stato di bisogno.

L'UVMD è una commissione di lavoro multidisciplinare ed inter-istituzionale socio-sanitaria attivata per la valutazione e presa in carico di persone con bisogni socio-sanitari complessi, richiedenti la costruzione di un Piano Assistenziale Individuale (PAI) integrato che preveda l'intervento coordinato di più servizi erogati da strutture diverse.

Con il termine UVMD si comprendono tutte le unità di valutazioni distrettuali precedentemente definite con altre sigle (UVDistrettuale e UVOspedaliera di cui all'art. 25 della L.R. 10/1998, EMDH di cui all'art.8 della L.R. 41/1996, UVM per FAP di cui all'art.3 del Regolamento Regionale allegato alla DRG 2426 del 12/12/2014), ad esclusione dell'Unità di Valutazione Minori (UVM) attribuite ai Servizi Sociali ai sensi del DPR n.616/1977 artt.22, 23 e 25.

La composizione dell'UVMD è dettata dalla citata normativa e comprende una componente istituzionale fissa (responsabile distretto o suo delegato + responsabile ambito o suo delegato + referente del PUA + medico curante MMG o PLS), una componente ad invito (ogni professionista utile al caso specifico), il coinvolgimento dell'assistito o suo familiare o rappresentante legale ai sensi dell'art.13 della L.R.10/1998 nell'elaborazione e sottoscrizione del Piano Assistenziale Individuale.

Il percorso nella sua completezza viene assistito dagli operatori del PUA (Punto Unico di Accesso) Distrettuale, in collaborazione con tutti i servizi del Distretto Sanitario (Cure Primarie e Area Materno-Infantile, Neuropsichiatria Infantile, DSM, Dipendenze) e dell'Ambito Territoriale, che ricevono le segnalazioni, raccolgono e si scambiano le informazioni preliminari, effettuano le valutazioni preliminari di competenza.

Secondo il Protocollo di continuità assistenziale Ospedale-Territorio per le dimissioni protette dell'aprile 2012 l'invio della segnalazione al PUA distrettuale deve avvenire nei giorni immediatamente successivi al ricovero ed è compito del personale ospedaliero, inoltre secondo il Protocollo di collaborazione tra AAS5 e Casa di Cura San Giorgio di Pordenone per la gestione di pazienti a rischio di ricovero ripetuto del marzo 2015 il personale del PUA distrettuale urbano accede a cadenza fissa presso le strutture di degenza medica, di norma senza attivazione di UVO, per la programmazione tempestiva della presa in carico dei soggetti fragili a domicilio o in RSA.

Il PUA procede quindi a convocare le UVMD e cura la gestione e archiviazione dei verbali delle sedute contenenti i PAI.

E' compito di ogni singolo professionista e operatore del PUA, delegato dal servizio di appartenenza a partecipare all'UVMD effettuare la valutazione preliminare di competenza sul caso utile a portare il proprio contributo professionale specifico all'attenzione della commissione per la valutazione multidisciplinare. Il professionista convocato e impossibilitato a partecipare deve fornire in tempi utili per la seduta una relazione essenziale sul caso sostitutiva del suo mancato intervento.

Le prestazioni finanziate con il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP) sono determinate dall'UVMD secondo le modalità previste dall'art.13 comma 1 del Regolamento di attuazione del FAP allegato alla DGR n. 2425 del 12.12.14 e poi approvato con DPRReg 8 gennaio 2015 n.7 e oggetto della circolare interpretativa della Direzione Centrale Salute del 13 marzo 2015 prot.n.0005506/P. Lo stesso regolamento di attuazione del FAP dispone all'art. 13 comma 1 che i competenti servizi territoriali attivino la presa in carico con valutazione e predisposizione del progetto personalizzato entro trenta giorni dalla segnalazione, fatta eccezione per i malati terminali che sono presi in carico entro dieci giorni.

L'art. 3 del regolamento di attuazione del FAP definisce al comma 3 la composizione minima dell'equipe multi professionale integrata, invece dell'UVMD, denominata Unità di Valutazione Multiprofessionale e composta da almeno un assistente sociale del Servizio Sociale dei Comuni (SSC) e un operatore sanitario del distretto che sono deputati a mettere a punto un progetto personalizzato condiviso con l'assistito o chi ne fa le veci e il suo medico curante, fatti salvi i progetti sperimentali di cui agli artt. 10,11, 12 del regolamento a favore di persone con problemi di salute mentale.

Organizzazione delle Unità di Valutazione Multiprofessionale

Il modello operativo della UVMD è orientato alla **presa in carico** delle persone affette da bisogni complessi socio-sanitari alle quali si intende garantire la **continuità delle cure**.

Sono obiettivi specifici:

1. favorire una idonea e possibile permanenza della persona in stato di bisogno socio-sanitario presso il proprio domicilio;
2. promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;
3. promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio l'offerta di servizi territoriali fruibili;

4. ottimizzare l'uso delle risorse socio-sanitarie mediante la scelta delle opzioni condivise più appropriate al caso.

Il responsabile di Distretto o suo delegato valuta preliminarmente la segnalazione e la completezza delle informazioni essenziali raccolte e riportate nelle prevalutazioni, richiedendo le eventuali integrazioni necessarie ai professionisti di competenza.

La responsabilità della conduzione dell'U.V.M.D., in sede valutativa e di presa in carico, è in carico al Direttore del Distretto o suo delegato.

Spettano in particolare all' UVMD i seguenti compiti:

- la Valutazione Multidimensionale del grado di autonomia/autosufficienza dell'utente, dei bisogni assistenziali suoi e del proprio nucleo familiare, ivi inclusa la valutazione della dipendenza psico-fisica;
- la Valutazione delle condizioni socio-economiche, abitative e familiari di ammissibilità ad un determinato percorso di cura e di assistenza, rilevate preliminarmente dagli operatori competenti;
- l'elaborazione del P.A.I., condiviso e sottoscritto dall'utente o familiare di riferimento o rappresentante legale ;
- il monitoraggio periodico del caso per l'eventuale rivalutazione del progetto personalizzato anticipata rispetto alla scadenza definita nel verbale dell'UVMD;
- l'individuazione del "responsabile del caso" e "referente familiare" (case - manager e care- giver)
- la conservazione dei verbali di UVMD concernenti i casi valutati nei servizi di appartenenza, oltre che nel fascicolo personale archiviato nell'ufficio del PUA.

Per espletare le proprie competenze, l'U.V.M.D. si può avvalere dei seguenti strumenti :

1. scheda di segnalazione/domanda
2. scheda di segnalazione per l' attivazione ADI del curante
3. moduli di valutazione monoprofessionali
4. modulo del verbale UVMD
5. piano assistenziale personalizzato (PAI)
6. certificazioni sanitarie

Convocazioni, tempi e procedure

1. L'U.V.M.D. si riunisce periodicamente secondo il calendario dei lavori predisposto dal PUA, di norma a cadenza bisettimanale concordata in giornate prestabilite, presso la sede del Distretto.
E' responsabilità dei professionisti convocati assumere le informazioni di competenza per arrivare in UVMD informati sul caso in esame.
2. Nel caso di UVMD richieste con priorità, le sedute vengono fissate dal Responsabile del Distretto o suo delegato in accordo con il Responsabile dei

- Servizi Sociali o altri servizi coinvolti nei tempi utili per garantire la continuità assistenziale all'utente in oggetto;
3. I professionisti convocati o loro delegati sono tenuti, quando non è possibile loro partecipare, a fornire ogni informazione in loro possesso utile alla discussione del caso.
 4. Gli adempimenti dell'UVMD con l'elaborazione del progetto assistenziale devono concludersi, di norma, entro 4 settimane dal recepimento della segnalazione completa presso la sede distrettuale della PUA.

Il processo di Valutazione

Il processo di valutazione inizia mediante l'esame della documentazione, a cui può seguire la visita di prevalutazione sanitaria e sociale presso il domicilio del paziente (casa, ospedale, casa di cura, struttura residenziale) su disposizione del Responsabile dell' UVMD.

Il fascicolo personale dell'utente conterrà per la valutazione:

1. le scale di valutazione sanitarie in uso al Distretto
2. la scheda di valutazione sociale, in uso al Servizio Sociale

Le valutazioni monodimensionali, saranno effettuate di norma nei tempi utili per garantire la continuità assistenziale all'utente.

Nel corso della riunione UVMD, valutati i bisogni e definiti gli obiettivi , viene redatto il P.A.I. L'UVMD redige un verbale sintetico della seduta, sottoscritto al termine della stessa da parte dei partecipanti, compreso l'utente o suo familiare o rappresentante legale che ne ricevono copia seduta stante. Il verbale è depositato ed è consultabile nel fascicolo personale archiviato al PUA. Esso, inoltre, viene inviato per opportuna conoscenza, a cura del Referente dell'UVMD, al medico curante MMG/PLS e all'utente o suo familiare o rappresentante legale se assente all'incontro.

VALORI E SIGNIFICATI DEL PAI

Il PAI è la descrizione del complesso di interventi integrati che risultano dalla progettazione concordata tra i servizi o ogni altro soggetto con cui si condividono obiettivi, responsabilità e risorse per rispondere e attivare le capacità e potenzialità della persona in stato di bisogno.

L'obiettivo principale del PAI, infatti, è di collegare al massimo gli interventi integrati (servizi e prestazioni) al contesto socio-ambientale e familiare della persona. In tale direzione, le sue finalità possono riguardare sia interventi attuali e puntuali, ma anche interessare "la costruzione ed attivazione di contesti favorevoli al recupero del funzionamento sociale di soggetti, promuovendo l'autonomia e l'autodeterminazione di questi ultimi". L'output (produzione di benessere) va immaginato, cioè, in modo innovativo, dove gli input sono i bisogni/diritti ma anche le risorse dell'individuo e del suo ambiente di socializzazione.

Vanno indicate nel PAI i seguenti contenuti definiti :

1. le motivazioni che giustificano la stesura di quel dato progetto
2. la sintesi delle valutazioni socio-sanitarie effettuate
3. la sintesi degli interventi proposti
4. gli obiettivi distinti quando possibile in breve, medio e lungo termine
5. i tempi e spazi del progetto, risorse per la sua realizzazione e personale che lo metterà in atto.
6. la qualifica del personale, gli strumenti e le modalità che questo utilizza nel suo lavoro
7. gli indicatori di monitoraggio e verifica dell'intero progetto: relazioni periodiche e finali, adeguatezza del progetto di fronte alle esigenze emerse.
8. il budget impiegato ove possibile

Il *case management* riguarda la corretta integrazione di diverse variabili: sociale, sanitaria, comportamentale, economica e finanziaria.

Di fondamentale importanza, è l'identificazione chiara ed inequivocabile del "case manager", uno o due se necessario, la cui funzione principale è di orientare la persona nei diversi nodi della rete dei servizi e di monitorare l'andamento del progetto. Il "Responsabile del caso" è un operatore che si assume la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi previsti nel PAI. Rappresenta il primo riferimento "organizzativo" per l'assistito, la sua famiglia operatori dell'équipe assistenziale ed effettua il necessario raccordo all'interno dell'équipe assistenziale, garantendone l'integrazione, la comunicazione e la corretta esecuzione degli interventi. Può essere una figura sanitaria o sociale e viene individuato dall'unità valutativa distrettuale nella prima riunione di valutazione ed è alla stessa UVMD che deve riferire del suo operato e proporre l'eventuale revisione del PAI.

Protocolli e moduli d'uso inter-aziendale vanno concordati con gli enti coinvolti.

4.4 BUDGET INTEGRATO E FAP PSICHIATRICI

Le prestazioni finanziate con il Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP) sono determinate dall'UVMD secondo le modalità previste dall'art.13 comma 1 del Regolamento di attuazione del FAP allegato alla DGR n. 2425 del 12.12.14 e poi approvato con DPR n. 8 gennaio 2015 n.7 e oggetto della circolare interpretativa della Direzione Centrale Salute del 13 marzo 2015 prot.n.0005506/P.

La necessità di promuovere lo sviluppo di progetti innovativi di integrazione sociosanitaria, come altresì previsto dal precedente Piano Sanitario e Socio Sanitario Regionale da realizzare attraverso un finanziamento congiunto sociosanitario, era stato inserito nelle Linee di gestione del Servizio Sanitario Regionale per il 2007 (DGR n. 3163 dd. 22/12/2006, pag. 33), ed appariva in chiara coerenza con le linee guida per la predisposizione dei PAT e dei PdZ , per quanto riguarda gli interventi volti alla realizzazione di percorsi integrati per gli utenti dei servizi afferenti al Dipartimento di Salute Mentale (DGR 3236 del 29/11/2004).

I progetti dovevano possedere la caratteristica di essere rivolti a persone che presentassero una situazione di **gravità** non solo dal punto di vista soggettivo ma anche in termini di deprivazione delle risorse di contesto; di essere **l'esito di una progettazione integrata sociosanitaria** che veda coinvolti, a livello istituzionale, il Dipartimento di Salute Mentale, Coordinamento Socio Sanitario, il Servizio Sociale dei Comuni e il Distretto sanitario; di essere sostenuti da un finanziamento congiunto sociosanitario, risultante dalla quota di FAP messa a disposizione dal SSC e da una quota di pari ammontare messa a disposizione dall'Azienda per i servizi sanitari territorialmente competente; di essere realizzati attraverso il coinvolgimento degli utenti, delle famiglie nonché delle risorse dell'associazionismo e dell'imprenditoria sociale; di essere orientati all'effettiva riabilitazione e inclusione sociale delle persone coinvolte.

I progetti di norma si articolano sui tre assi di intervento fondamentali per il funzionamento sociale degli individui costituiti da:

casa e habitat sociale; lavoro e formazione professionale; socialità e affettività.

I fruitori dei FAP-SM vengono individuati dalla compresenza di almeno due delle seguenti condizioni: difficoltà nel proprio accudimento; insufficiente o inadeguata rete familiare e problematicità nelle relazioni familiari; isolamento sociale derivante da una debole o inadeguata rete extra familiare; impossibilità di fruire di un'abitazione propria o di terzi o presenza di condizioni abitative degradate; difficoltà d'inserimento lavorativo, anche protetto o ad alta protezione, derivante anche da mancanza di titoli formativi o qualifiche professionali; risorse economiche proprie o della famiglia ritenute insufficienti; uso di sostanze psicotrope; presenza di ripetuti trattamenti sanitari obbligatori o periodi di permanenza prolungata in strutture residenziali; situazioni complesse di dimissione da istituzioni totali, quali ospedale psichiatrico giudiziario e carcere; rischio imminente di grave rottura sociale o reato.

Tra gli scopi dei FAP-SM si evidenzia il perseguimento dell'emancipazione dei destinatari con il loro coinvolgimento nella progettazione e attuazione del progetto.

4.5 CATALOGHI DEI SERVIZI – NOMENCLATORI

In allegati sono disponibili i documenti contenenti i cataloghi dei servizi.

4.6 CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La continuità assistenziale è un processo, dove individuati i bisogni della persona, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro, sia esso domiciliare ospedaliero od altre realtà.

I principi sono:

1. continuità delle cure su periodi di lunga durata;
2. integrazione di prestazioni sanitarie e sociale erogate in ambiti di cura diversificate.

Gli strumenti già presenti per la continuità assistenziale sono:

- PUA come punto di raccordo tra ospedale e territorio;
- Protocollo operativo di continuità assistenziale di area vasta Pordenonese (18 aprile 2012) tra Ospedali e Territorio;
- Rete territoriale integrate di servizi sociali e sanitari.

In merito al protocollo operativo interaziendale si ricorda che esso è stato firmato tra l'ASS 6 Friuli Occidentale, il CRO Aviano, l'AO di Pordenone, la Casa di Cura polispecialistica San Giorgio.

In particolare il protocollo definisce la dimissione protetta, intendendola come il processo di passaggio organizzato di un paziente da un setting di cura ad un altro (dall'ospedale a: domicilio, RSA, CdR, Hospice, Strutture residenziali per disabili) che si applica ai pazienti anziani e non affetti da patologie croniche, limitazioni funzionali, disabilità e/o da problematiche sociali in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura e di assistenza. Il protocollo definisce poi il processo di dimissione protetta individuando le varie azioni da attivare.

La continuità assistenziale presenta particolare criticità nel momento legato al passaggio all'età adulta. Attualmente il passaggio tra Servizi (NPI, DSM, Strutture private La Nostra Famiglia, Bambini-Autismo, Anffas, ...) al raggiungimento dell'età adulta avviene con le seguenti modalità: 1) con La Nostra Famiglia di San Vito c'è un accordo scritto che comporta la segnalazione almeno un anno prima ai Servizi del territorio, mentre permangono criticità con le altre sedi. Il percorso può essere facilitato creando dei gruppi di lavoro un anno prima del passaggio; 2) è avviata un'iniziale collaborazione o presa in carico congiunta tra NPI e DSM per alcune patologie gravi.

Va infine data continuità all'accompagnamento delle famiglie di soggetti con disabilità che veda integrata la parte sanitaria e sociale, al fine di individuare nel tempo le problematiche che queste famiglie si troveranno a vivere per affrontarle gradualmente.

