



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 15/24 del 13.4.2010

### Linee guida sul funzionamento del Punto Unico di Accesso nel processo delle Cure Domiciliari Integrate e nei percorsi socio-sanitari

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta il luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale. Il PUA è il luogo ed il momento di integrazione professionale delle diverse figure coinvolte e della integrazione istituzionale tra la componente sociale e sanitaria, finalizzata alla erogazione di una assistenza socio-sanitaria; è una struttura organizzativa formalmente presente in ogni Distretto socio-sanitario.

Il PUA garantisce la continuità e la tempestività delle cure alle persone con problemi socio-sanitari complessi, cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario e socio-sanitario. Il PUA assicura adeguate informazioni sull'offerta dei servizi, anche a sostegno di una scelta consapevole dell'utente e/o della sua famiglia, garantisce una valutazione multidimensionale e un progetto personalizzato, accorciando i tempi di risposta ed evitando percorsi complicati che costituiscono spesso le cause dell'ospedalizzazione impropria (Deliberazione della Giunta regionale n. 7/5 del 21.2.2006).

Esso rappresenta il punto di coordinamento della presa in carico e garantisce:

- l'accoglienza, l'ascolto e la valutazione del bisogno di natura socio-sanitaria da qualsiasi fonte esso provenga;
- l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli;
- l'unitarietà della risposta;
- la funzione di prima valutazione del bisogno;
- la funzione di sportello informativo e orientamento dell'utente;
- la raccolta delle schede di contatto delle richieste di intervento che vi giungono;
- l'attivazione del percorso di Valutazione Multidimensionale, garantendo la tempestività della risposta fornita;
- la calendarizzazione delle sedute della Unità di Valutazione Territoriale (UVT);
- la convocazione dei componenti della UVT;
- la comunicazione di esito conclusivo del procedimento di valutazione dell'UVT alla persona portatrice di bisogno o alla persona di riferimento indicata.

Le figure professionali che devono essere impegnate nel PUA sono:



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- infermiere;
- assistente sociale (AS);
- personale amministrativo;
- medico distrettuale.

Le Aziende Sanitarie Locali, in collaborazione con gli Enti locali, devono potenziare i PUA e le UVT attraverso un aumento delle dotazioni di personale in numero adeguato alla popolazione del territorio di riferimento, anche mediante meccanismi di mobilità interna e di riorganizzazione dei Servizi Territoriali, come previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 25/18 del 3.10.2008 Adozione del Piano d’Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio 2007/2013.

Al PUA afferiscono le richieste relative a:

- Cure Domiciliari Integrate (CDI);
- Assistenza socio-sanitaria residenziale <sup>1</sup>;
- Assistenza riabilitativa (residenziale, semiresidenziale, domiciliare e ambulatoriale);
- Altre progettualità territoriali <sup>2</sup>.

Si descrive di seguito il modello organizzativo del PUA in riferimento esclusivamente al percorso delle Cure Domiciliari Integrate.

Il processo assistenziale delle Cure Domiciliari Integrate è un insieme ordinato di interventi sanitari e socio-assistenziali, articolati per fasi, erogati con lo scopo di limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti.

Le fasi del processo assistenziale delle Cure Domiciliari Integrate sono:

1. la segnalazione;
2. la valutazione preliminare;
3. la valutazione multidimensionale del bisogno;
4. la presa in carico;
5. la definizione del Piano Attuativo degli Interventi (PAI);
6. la verifica;
7. la conclusione.

Rientrano nell’ambito d’azione del PUA le prime due fasi del processo.

---

<sup>1</sup> Comunità Integrata (Anziani e Disabili fisici e psichici), Residenza Sanitaria Assistita (RSA) - Centri Diurni, Residenza Socio Riabilitativa (RSR).

<sup>2</sup> Progetto “Ritornare a Casa”, Progetto “Nella vita e nella Casa”, Assistenza Integrativa nelle menomazioni complesse.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 1. La prima macro fase: Segnalazione

**Fonti di segnalazione:** La segnalazione del bisogno, che determina l'attivazione dell'UVT, può provenire da qualunque fonte, ossia da chiunque ravveda la necessità di prestazioni socio-sanitarie riconducibili all'area delle Cure Domiciliari Integrate per una persona non autosufficiente. Le fonti di segnalazione più frequenti sono:

- Medico Medicina Generale (MMG)/Pediatra Libera Scelta (PLS);
- Responsabile unità operativa ospedaliera;
- Servizi sanitari territoriali;
- Servizi residenziali;
- Servizio sociale comunale;
- Familiari e/o altri soggetti della rete informale.

Qualunque sia la fonte di segnalazione sono ammissibili tutte le modalità di segnalazione (diretta, telefonica, fax, etc.): qualora si tratti di professionisti del settore sanitario o del servizio sociale del comune è prevista la compilazione della scheda di contatto, inviata al PUA ed accompagnata da contatto telefonico; nel caso in cui si tratti di familiari e/o altri soggetti della rete informale, la scheda di contatto deve essere compilata direttamente dagli operatori del PUA.

Se le informazioni contenute nella scheda di contatto sono scarsamente dettagliate o insufficienti è necessario l'avvio di un processo di tipo "istruttorio" per integrare le conoscenze sul caso tramite raccordo informativo con il segnalante, il MMG ed i servizi sociali comunali.

Deve essere previsto uno scambio di informazioni ed una interazione tra il PUA e la fonte di segnalazione, così come tra il PUA, il MMG ed i servizi sociali comunali, al fine di decodificare adeguatamente il bisogno della persona per una sua corretta presa in carico in Cure domiciliari Integrate.

Se la segnalazione non proviene dal MMG, il PUA si attiva tempestivamente sia per l'integrazione di ulteriori informazioni sul caso ma, soprattutto, per il suo coinvolgimento attivo.

Se la segnalazione è sufficientemente dettagliata il PUA procede alla decodifica del bisogno: se semplice, indirizza la persona al Servizio competente; se complesso coinvolge attivamente il MMG ed i servizi sociali comunali e avvia la procedura per la Valutazione Multidimensionale.

Il PUA registra in un apposito archivio le segnalazioni di bisogno socio-sanitario complesso ricevute.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### 2. La seconda macro fase: decodifica del bisogno

La lettura del bisogno, in termini di prima valutazione sulla necessità di attivazione dell'UVT, deve essere fatta in ampia autonomia, da figure professionali qualificate, quali l'Infermiere, l'Assistente Sociale, il Medico di distretto e altre figure con competenze adeguate.

#### 2.1. Criteri di decisione: bisogno "semplice" e "complesso"

Il 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.

Il 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.

Le Cure Domiciliari Integrate devono essere erogate attraverso la pianificazione degli interventi socio-sanitari. In particolare, a seguito della segnalazione del PUA, l'UVT è tenuta a definire il progetto personalizzato nel termine massimo di quindici giorni, che deve essere trasmesso alla Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate per la definizione del PAI e la realizzazione di tali interventi.

Nei casi in cui la persona sia ricoverata in una struttura ospedaliera o inserita in una struttura residenziale, la segnalazione del caso viene inviata direttamente al PUA del Distretto di residenza, almeno quattro giorni prima della data presunta di dimissione, con obbligo da parte della UVT di esprimere un parere entro tre giorni dalla richiesta, come previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 51/49 del 20.12.2007. È compito del Responsabile della Unità Operativa Ospedaliera che effettua la dimissione segnalare il caso al PUA attraverso l'invio della scheda di contatto debitamente compilata, a cui segue contatto telefonico.

Al fine di offrire un servizio di Cure Domiciliari Integrate di qualità, deve essere adottato un approccio metodologico basato sulla programmazione e pianificazione operativa. Devono essere comunque previste procedure operative semplificate in situazioni urgenti o particolari, ossia quando la salute della persona è messa in pericolo da un possibile ritardo nella Valutazione Multidimensionale e nella attuazione degli interventi. Infatti, se il caso riveste carattere d'urgenza il PUA segnala all'Unità Operativa Cure Domiciliari Integrate, inviando tempestivamente la documentazione acquisita. L'Unità Operativa Cure Domiciliari provvede alla stesura del PAI provvisorio ed all'attuazione degli interventi entro un tempo massimo di quarantotto ore dalla segnalazione e l'UVT provvede ad effettuare la Valutazione Multidimensionale e a definire il progetto personalizzato nei cinque giorni successivi alla richiesta.

Il percorso definito nei punti precedenti è sintetizzato nel diagramma di flusso di seguito riportato.



## **REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA**

È fatto obbligo alle Direzioni generali delle Aziende Sanitarie Locali garantire la massima divulgazione del presente documento. Lo stesso deve essere portato a conoscenza delle Direzioni dei Servizi Sanitari Territoriali, delle Strutture Ospedaliere e Residenziali sanitarie e socio-sanitarie, pubbliche e private e delle Strutture sociali comunali presenti nel territorio di competenza, al fine di favorire una efficace integrazione tra i suddetti servizi ed assicurare la continuità assistenziale.



## REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

### ATTIVITA' DEL PUA

