

AGGIORNAMENTO PROGETTAZIONE- FINANZIATA RAS

PUNTO UNICO DI ACCESSO (P.U.A.)
INTEGRAZIONI ED AGGIORNAMENTO 2014

Aree di intervento
<input checked="" type="checkbox"/> Area tematica specifica <input checked="" type="checkbox"/> Area di sistema <input checked="" type="checkbox"/> Area delle trasversalità

Area tematica di intervento
<input type="checkbox"/> Famiglia, minori, donne <input checked="" type="checkbox"/> Anziani e Disabilità <input type="checkbox"/> Salute Mentale <input type="checkbox"/> Dipendenze <input checked="" type="checkbox"/> Accessibilità e continuità dell'assistenza <input type="checkbox"/> Disagio e criminalità <input type="checkbox"/> Immigrazione

Soggetti proponenti	
<input checked="" type="checkbox"/> Provincia di Cagliari	<input checked="" type="checkbox"/> Comuni Dell'Ambito Area Ovest: Assemini, Capoterra, Decimomannu, Decimoputzu, Elmas, Domus De Maria, Pula, San Sperate, Sarroch, Siliqua, Uta, Teulada, Valdermosa, Villa San Pietro, Villaspeciosa, Villasor.
<input checked="" type="checkbox"/> ASL Cagliari	Distretto Sociosanitario Area Ovest
Responsabile UPGA	
Nome e Cognome	Cristiana Floris
Qualifica	Assistente Sociale
Indirizzo	
Comune e CAP	Villa San Pietro
Telefono	070/90770113

Struttura e articolazione del progetto

Premessa

Il presente progetto, già approvato in Conferenza di Servizi del 28 gennaio 2008, scaturito dalla delibera della G.R. 44/11 del 31.10.2007, è stato aggiornato e integrato sia a seguito delle disposizioni regionali che delle mutate condizioni organizzative e logistiche dell'intervento, che hanno reso necessaria una riflessione sulla sua fattibilità e una conseguente riformulazione. Allo scopo, è stato convocato in data 16/01 u.s. il gruppo di coprogettazione che, all'unanimità si è pronunciato per una semplificazione dei processi, individuando come sede unica del P.U.A. il Distretto Sociosanitario. Le funzioni del Punto Unico di Accesso individuate in primo, secondo e terzo livello, non sono pertanto da intendersi come sedi fisiche di erogazione del servizio, ma come articolazioni funzionali all'interno processo metodologico.

Obiettivi e finalità del progetto

- Garantire accoglienza, indirizzo ed accompagnamento a tutte le persone con problemi complessi e famiglie necessitanti di presa in carico globale integrata sociosanitaria;
- elaborare una progettualità personalizzata, a partire da una valutazione Multidimensionale del bisogno, al fine di attivare adeguati percorsi di rete per problemi complessi;
- favorire l'integrazione sociosanitaria nell'ambito dei servizi territoriali e tra operatori;
- favorire l'integrazione sociosanitaria interistituzionale per la gestione integrata dei servizi territoriali.

Destinatari

Destinatari

- persone anziane e persone con disabilità, non autosufficienti, con bisogni complessi, necessitanti di una presa in carico globale, integrata sociosanitaria, per essere avviati ai servizi sociosanitari della rete territoriale;
- famiglie con presenza di persone non autosufficienti necessitanti di supporto e indirizzo sui percorsi di rete nei servizi territoriali.

Il Punto Unico di Accesso

Il Punto Unico di Accesso, istituito con D.G.R. n° 7/5 del 21/02/2006, costituisce un elemento essenziale del processo di riorganizzazione complessiva degli interventi a favore della non autosufficienza e risponde ad esigenze di personalizzazione dei programmi, di continuità e di tempestività delle cure alle persone.

Il PUA rappresenta una porta unitaria di accesso ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, un servizio che accoglie e accompagna il cittadino nella rete dei servizi e delle risorse presenti nella comunità.

L'obiettivo che si intende perseguire con la sua istituzione è quello di creare un sistema di presa in carico globale dei bisogni della persona, riferiti nello specifico ai bisogni complessi.

In particolare gli obiettivi specifici del PUA si possono ricondurre a :

3. adottare come riferimento un modello di percorso integrato sociosanitario

4. sviluppare tutte le risorse potenziali della persona e della famiglia
5. garantire alla persona la corretta valutazione del bisogno (V.M.D.) dal punto di vista clinico, funzionale e socio-relazionale, in quanto unità bio-psico-sociale.
6. garantire alla persona la risposta più adeguata alle sue esigenze di salute

Le modalità di collaborazione per la realizzazione degli interventi di carattere sociosanitario di competenza della ASL e dei Comuni, attivabili attraverso il PUA, sono riferiti in particolare a:

- l'inserimento della persona in strutture sociali, sanitarie, sociosanitarie accreditate a ciclo continuativo o diurno che comportano l'erogazione di prestazioni sociosanitarie e azioni di protezione sociale;
- la valutazione dell'appropriatezza degli inserimenti presso strutture sociosanitarie di riabilitazione globale, di cui alla deliberazione G.R. n. 30/15 del 30/07/2013
- la dimissione di persone già assistite in strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali e il successivo percorso nella rete integrata dei servizi territoriali;
- la promozione della domiciliarità attraverso:
 - l'inserimento della persona nei percorsi di Cure Domiciliari;
 - l'attivazione delle risorse di cui al fondo regionale per la non autosufficienza;
 - la facilitazione dell'inserimento della persona nei percorsi riabilitativi ambulatori e/o domiciliari;
 - l'erogazione dell'assistenza integrative e protesica, all'interno del progetto di presa in carico globale;
 - ogni altro intervento attribuito dalla RAS o dalla Conferenza di Servizi del PLUS Area Ovest in materia di domiciliarità, non autosufficienza e tutela dei soggetti fragili.

Il modello organizzativo

Il modello organizzativo che si intende applicare in via sperimentale è quello attivato presso il PUA del Distretto Socio-Sanitario di Cagliari.

Esso prevede tre distinti livelli funzionali di intervento.

- 1° Livello: un **primo front-office** svolto indifferentemente dal P.U.A. e dagli operatori sociali di tutti i comuni dell'ambito.

La funzione del primo front-office consiste nell'accogliere la domanda del cittadino, anche su segnalazione del territorio o dell'ospedale, ed effettuare una prima valutazione del bisogno (decodifica della domanda per identificazione del bisogno). L'operatore ad esso dedicato funge da filtro orientando il cittadino all'interno della rete dei servizi presenti nel territorio; in particolare fornisce informazioni sui servizi complessivi esistenti e, qualora ravvisi un bisogno di tipo sociosanitario complesso (problematiche sanitarie connesse con esigenze di tipo sociale), invia il cittadino al secondo livello (front-office di secondo livello).

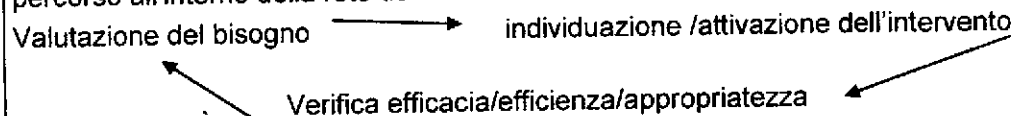
- 2° Livello: un **secondo front-office** viene svolto presso la sede centrale del P.U.A. da un operatore sanitario e dall'assistente sociale

La funzione del secondo livello concerne la decodifica del bisogno complesso e la raccolta, all'interno della rete dei servizi, delle informazioni preliminari all'invio all'UVT.

- 3° Livello: **presa in carico della persona con l'attivazione dell'UVT** che è composta di norma: dal Medico e dall'Assistente Sociale del P.U.A., dal Medico di Medicina Generale del paziente, dall'Assistente sociale referente per il comune di residenza del cittadino e da altri operatori sanitari con una professionalità e/o specializzazione attinente al bisogno manifestato dal cittadino. L'UVT effettua la Valutazione Multidimensionale ed elabora il Piano Personalizzato di intervento.

Il P.U.A. attraverso i suoi tre livelli di intervento garantisce la continuità della presa in carico della persona, condividendone la responsabilità con l'ente locale. Garantisce inoltre il governo del

percorso all'interno della rete dei servizi del territorio, secondo un modello circolare:



Azioni

Per il perseguimento degli obiettivi del presente progetto, verrà attuata una azione di coprogettazione che dovrà coinvolgere gli operatori dell'Ambito, volta alla definizione di metodologie e prassi di accesso condivise, di modalità di integrazione gestionali anche riguardo ai sistemi informativi coinvolti in uso alle Amministrazioni Comunali ed all'Azienda Sanitaria Locale, di modalità di potenziamento della Rete Pubblica degli Assistenti Familiari e di implementazione di altre iniziative che di volta in volta dovessero verificarsi. Si tratta quindi di un'azione dinamica, da **work in progress**, che riguarderà in particolare:

- l'individuazione e adozione di metodologie e prassi di accesso condivise, per quanto attiene i percorsi relativi al sostegno alle persone non autosufficienti;
- lo studio ed adozione di una *Modulistica Unica di Ambito*;
- lo studio ed adozione di un *regolamento di ambito* per quanto attiene la compartecipazione dell'utenza alla spesa, nei casi previsti;
- l'individuazione e adozione di un software a livello di Ambito per la gestione dei processi e dei flussi informativi. Tale strumento è individuato nel Si.Sa.R già adottato dalla Regione Sardegna.
- Il potenziamento della *Rete Pubblica degli Assistenti Familiari*;
- L'implementazione dei processi del P.U.A. con quelli di altri progetti volti alla tutela dei soggetti fragili e al sostegno della domiciliarità.

Tutte le azioni saranno orientate verso obiettivi di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

Individuazione del personale

Il personale necessario per le attività del Punto Unico di accesso verrà messo a disposizione dalla ASL di Cagliari e dal Plus Area Ovest.

In particolare verranno messe a disposizione dalla ASL le seguenti figure professionali:

4. Medico di Distretto;
5. Assistente Sociale;
6. Geriatra;
7. Fisiatra;
8. Neurologo
9. Infermiere Professionale;
10. Personale Amministrativo (1 unità).

Verranno messe a disposizione dal PLUS le seguenti figure professionali a supporto, utilizzando le risorse allo scopo trasferite dalla RAS:

- Assistente Sociale; (2 unità)
- Personale Amministrativo (1 unità)

Coordinamento

Il Distretto Sociosanitario Area Ovest coordinerà il servizio dal punto di vista tecnico organizzativo, in stretto raccordo con l'ufficio di piano. Il coordinamento verrà espletato dal Direttore del Distretto o da suo delegato, e nello specifico si occuperà di:

- curare, di concerto con il Responsabile del Plus Ovest, o suo delegato, l'integrazione del servizio con i servizi e gli enti dell'ambito;
- organizzare e coordinare l'attività di tutti gli operatori del P.U.A.
- curare la gestione dei dati e delle informazioni provenienti dai comuni;
- archiviare e gestire i documenti inerenti l'attività del P.U.A.;

nel rispetto degli obiettivi e della metodologia già delineata.

L'ufficio di piano del Plus Area Ovest, coordina il servizio dal punto di vista amministrativo, in stretto raccordo con il Distretto sociosanitario.

Nello specifico dovrà:

- organizzare il raccordo tra le attività oggetto del presente progetto e la macro area dei servizi alla persona, presente nel documento Plus Ovest, ed in particolare l'area della non autosufficienza.
- curare il monitoraggio e la valutazione del servizio, facilitando la raccolta delle informazioni;
- curare, di concerto con il Direttore del Distretto o suo delegato, l'integrazione del servizio con i servizi e gli enti dell'ambito;
- verificare che il servizio sia gestito in conformità a quanto previsto dal progetto;
- curare gli aspetti amministrativi e di rendicontazione fisica e finanziaria del progetto.
- effettuare il monitoraggio qualitativo e quantitativo dell'attività ai fini della valutazione;
- predisporre schede di rilevazione dell'attività

Ricadute su ogni singolo Comune

Le ricadute su ogni singolo comune riguarderanno:

- la dislocazione in tutto il territorio delle funzioni del PUA

Per la valutazione dei risultati e delle ricadute del Progetto si useranno i seguenti criteri quantitativi e qualitativi:

Il progetto viene inserito nel programma di monitoraggio realizzato dal Plus Area Ovest in collaborazione con l'UPGA e gli operatori del progetto stesso.

Il progetto coinvolge altri enti o istituzioni?

Sì i servizi socio-sanitari del territorio

No

Modalità di gestione del Progetto

ASL Cagliari

UPGA presso capofila d'Ambito Comune di Villa San Pietro

Mista

Altro

Risorse economiche	
Delibera G.R. n. 44/11 del 31/10/2007	€ 219.224,32 (Capofila € 86.573,32 + Asl € 132.651,00 trasferiti al capofila)
Delibera G.R. n.52/85 del 23/12/2011	€ 224.170,00 (Capofila € 112.085,00 +Asl € 112.085,00 da trasferire al capofila)
Costo complessivo del progetto	€ 443.394,32

Modalità di attuazione del progetto:
Appalto offerta economicamente vantaggiosa

SVILUPPO ANALITICO DEI COSTI	
COSTI	
a) Costo orario di n. 2 assistenti sociali (cat. D2 CCNL Coop. Sociali)	€ 21,71
36 ore settimanali X 156 settimane	totale € 243.846,72
b) Costo orario n. 1 istruttore amministrativo (cat.C1 CCNL Coop. Sociali)	€ 19,29
36 ore settimanali X 156 settimane	totale € 108.332,64
Costo triennale	€ 352.179,36
IVA 22 %	€ 77.479,46
TOTALE	€ 429.658,82

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 696 DEL 29 MAG. 2014

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Sallis) IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Sirelli)

IL DIRETTORE GENERALE (Dott. Emilio Simeone)

Il presente allegato è composto di n° 6 fogli.

IL RESPONSABILE

Pier Paolo Pani

ASL Cagliari
 Direzione dei Servizi Socio-Sanitari
IL DIRETTORE
Pier Paolo Pani