



Provincia di Carbonia Iglesias – Azienda Sanitaria Locale n. 7

Comuni di: Calasetta, Carbonia, Carloforte, Giba, Masainas,

Narcao, Nuxis, Perdaxius, Piscinas, Portoscuso,

San Giovanni Suergiu, Santadi, Sant'Anna Arresi,

Sant'Antioco, Tratalias, Villaperuccio

REGOLAMENTO

“PUNTO UNICO D'ACCESSO”

DISTRETTO DI CARBONIA

Approvato dal Comune di Carbonia con Delibera C.C. n. 47 del 24/07/2014

e dalla Conferenza dei Servizi dell'Ambito Plus di Carbonia in data 26 luglio 2013

Art 1 – OGGETTO

Il presente regolamento disciplina gli interventi di carattere sociosanitario come risposta ai bisogni complessi, erogati a favore dei cittadini residenti o temporaneamente presenti nei Comuni del Distretto Sociosanitario di Carbonia.

Tali interventi sono stati attivati con l'istituzione di un PUA (Punto Unico di Accesso) integrato Distrettuale e comportano, scelte condivise sulle modalità di recepimento dei bisogni e dell'omogeneità delle risposte socio assistenziali date, con assunzione di responsabilità negli adempimenti e nelle decisioni ed il reciproco coinvolgimento degli Enti aderenti alla gestione associata.

Con il presente regolamento si vogliono definire gli aspetti organizzativi generali del Servizio e gli aspetti procedurali inerenti le fasi di intervento previste dal progetto.

Gli interventi, effettuati attraverso dei percorsi ben rappresentati, hanno la funzione di garantire ai cittadini risposte personalizzate, rispetto ai loro bisogni, ed allo stesso tempo equità di trattamento per l'accesso ai servizi. Inoltre il sistema della rete opportunamente attivato permette l'omogeneità della risposta per tutto l'ambito Territoriale del Distretto nel rispetto almeno dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Nel Regolamento sono descritte le modalità di funzionamento del PUA Integrato Distrettuale e le modalità di accesso ai servizi e di valutazione omogenea al fine di favorire l'unitarietà della risposta a parità di bisogno, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli.

Inoltre, al fine di garantire risposte adeguate in tempi certi e soprattutto, la continuità assistenziale, in modo particolare nel caso di interventi Ospedale – Territorio, definisce le modalità di interazione tra le varie strutture esistenti nel territorio, concorrendo ad un utilizzo più appropriato del ricorso al ricovero nelle strutture ospedaliere.

Disciplina, altresì, le funzioni del coordinatore, il funzionamento dell'équipe multidisciplinare e i rapporti tra questa e i servizi sociali e sanitari degli Enti aderenti alla gestione associata.

Art. 2 – FINALITA' DEL SERVIZIO

Il Punto Unico di Accesso (PUA) rappresenta quindi il luogo di attivazione della rete socio-sanitaria territoriale, dove si realizzano l'integrazione istituzionale tra i servizi sociali e i servizi sanitari e l'integrazione professionale delle diverse figure coinvolte.

Il PUA garantisce, anche attraverso la tempestiva attivazione delle UVT (Unità di Valutazione Territoriale), la tempestività e la continuità delle cure alla persona con problemi socio-sanitari complessi, assicura adeguate informazioni sull'offerta dei servizi a sostegno di una scelta consapevole dell'utente e della sua famiglia, garantisce una valutazione multidimensionale del bisogno e la predisposizione di un progetto personalizzato, accorciando i tempi di risposta ed evitando percorsi complicati che costituiscono spesso le cause dell'ospedalizzazione impropria.

Attraverso i tre livelli operativi individuati nel progetto, si intende assicurare:

- **L'accoglienza, l'ascolto e la valutazione del bisogno socio-sanitario;**
- **L'equità nell'accesso ai servizi, con particolare tutela dei soggetti più deboli;**

- **L'unitarietà della risposta.**

Art. 3 – ÉQUIPE MULTIDISCIPLINARE

L'équipe multidisciplinare della rete PUA-UVT¹ è costituita, come da Progetto, dagli operatori che hanno manifestato formale adesione nel corso degli incontri convocati dall'Ufficio di Programmazione e Gestione, aventi ad oggetto il PUA Distrettuale, così come di seguito riportato:

- Assistenti Sociali dei Comuni del Distretto Sociosanitario;
- Direttore Sociosanitario;
- Coordinatore del PUA;
- Medici referenti del PUA/UVT del Distretto Sociosanitario;
- Assistente Sociale del Distretto Sociosanitario;
- Infermiere del PUA del Distretto Sociosanitario;
- Un Assistente Sociale del progetto;
- Psicologo Pua del progetto.

Art. 4 – IL COORDINATORE

Il coordinatore, individuato all'interno dell'équipe multidisciplinare, ha le funzioni di coordinamento delle risorse e delle attività sociali previste dal progetto. In particolare:

- È referente per gli Enti aderenti al progetto;
- Promuove l'attività e gli incontri periodici dell'équipe multidisciplinare anche su richiesta dei membri della stessa
- Promuove incontri operativi periodici con le operatrici del progetto, anche su richiesta delle stesse;
- Funge da raccordo tra i servizi della ASL e dei Comuni ed i relativi operatori
- Acquisisce le diarie mensili del personale e la rendicontazione (anche statistica) delle attività svolte;
- Presenta il rendiconto mensile delle attività prestate dagli operatori alla Direzione Sociosanitaria della ASL 7 per la liquidazione dei corrispettivi economici;
- Presenta rendiconto trimestrale agli Enti aderenti al progetto, sulle attività e sugli interventi programmati ed attuati dal Servizio.

Art. 5 – SEGNALAZIONE

La segnalazione può essere di due tipi:

Diretta: quando il cittadino, un suo familiare o il suo rappresentante legale, si rivolge al servizio personalmente per segnalare un bisogno;

Indiretta: quando il PUA riceve una segnalazione dal M.M.G.² Medico di Medicina Generale, dalla struttura ospedaliera o da altra fonte non contemplata nella segnalazione diretta.

¹Unità di Valutazione Territoriale

Art. 6 – I LIVELLI OPERATIVI DEL PUA

Il PUA è organizzato nei seguenti tre Livelli Operativi:

I Livello: Accoglienza-Segnalazione.

L'attività di primo livello è svolta da tutti gli operatori sociali dei Comuni del Distretto e dagli operatori del PUA sito nel Distretto *Sociosanitario* della Asl n. 7 e dagli operatori del PUA Territoriale.

Il primo livello rappresenta la porta d'accesso ai servizi, nella quale l'operatore assume un ruolo centrale nell'accoglienza, ascolto e orientamento dell'utente, finalizzato a fornire risposte adeguate ai bisogni espressi.

L'operatore di primo livello fornisce informazioni sulle risorse e sui servizi presenti nel territorio, al fine di consentirne l'utilizzo appropriato da parte degli utenti.

L'operatore di primo livello, dai dati raccolti durante il colloquio, valuterà la natura del bisogno espresso dall'utente, distinguendolo in bisogno semplice, la cui soluzione troverà risposta nei servizi di competenza dislocati nel territorio, oppure, in bisogno complesso, la cui soluzione troverà risposta nell'integrazione tra i servizi sociali e sanitari.

L'operatore di primo livello individuato il bisogno complesso, provvederà alla compilazione di un'apposita scheda di contatto e il modulo d'autorizzazione al trattamento dei dati personali, la quale verrà tempestivamente inviata, (fax, mail o altro) alla sede PUA di secondo livello di competenza territoriale. Copia di detta documentazione verrà archiviata presso le sedi PUA territoriali e, qualora il comune di riferimento non fornisca in tempi brevi il numero di protocollo, presso l'UdPG dove verrà acquisito apposito Protocollo in uscita. Quando sia necessario trasferire ulteriori informazioni, non contenute nella scheda di segnalazione, l'operatore di primo livello dovrà contattare telefonicamente l'Assistente Sociale del PUA di secondo livello.

In caso di bisogno complesso, sarà cura dell'operatore di primo livello informare l'utente sull'iter procedimentale che sarà seguito per la presa in carico della richiesta.

Per accelerare la procedura, nel caso di utenti già conosciuti al Servizio Comunale o alla ASL, è possibile procedere direttamente, soprattutto nei casi di richieste per Progetti "ritornare a casa" o di rivalutazioni, senza attivare il II livello.

II Livello: Registrazione dell'utente, indagine sociosanitaria, preavutazione.

Per ottemperare alle funzioni previste in questa fase, è necessario l'intervento di tutte le figure professionali presenti nella rete (MMG, Medico Distrettuale, Ass. Sociale, Psicologo, etc) che, in base alle competenze adeguate al singolo caso effettueranno la lettura e la decodifica del bisogno complesso, al fine di garantire la presa in carico globale della persona da parte dell'équipe PUA.

² Medico di Medicina Generale

I vari professionisti concretizzeranno il loro agire professionale attraverso la compilazione della SVAMA³, per la propria parte di competenza.

In questo modello svolge un ruolo fondamentale, proprio al fine di interagire con la rete, l'Assistente Sociale propria del II livello, del PUA che svolge i seguenti compiti :

- Ricezione della scheda di contatto, proveniente dal I livello ;
- Creazione di apposita “cartella” individuale;
- Eventuale trasmissione della scheda di segnalazione alla sede PUA sita nel Distretto Sociosanitario, affinché si provveda alla registrazione del caso nella banca dati;
- Attivazione dell'indagine sociale sul caso utilizzando gli strumenti tipici della professione, provvedendo non solo all'analisi del bisogno espresso, ma anche ad analizzare le risorse presenti e/o potenziali del nucleo familiare e della rete sociale, le risorse istituzionali e non presenti nel territorio (o extra ambito);
- Eventuale attivazione dell'Intervento dello Psicologo, nei casi complessi, il quale supporterà la famiglia nella decodifica del bisogno e nella valorizzazione delle risorse presenti. Lo psicologo e l'Assistente Sociale opereranno in modo integrato e coordinato, al fine di offrire all'UVT una diagnosi psicosociale utile alla predisposizione del Piano Personalizzato d'intervento.
- Raccolta della documentazione sociale e sanitaria, da inserire nella cartella individuale, in conformità a quanto previsto nell'apposito modulo di “check list”, relativa al caso preso in carico;
- Contatti con il Medico Distrettuale ASL per il completamento delle informazioni sanitarie (scheda di valutazione multidimensionale e relazioni sanitarie compilata dal Medico di Medicina Generale dell'utente);
- Compilazione della scheda di prevalutazione, nella quale saranno riportate le informazioni relative al bisogno rilevato, alle azioni intraprese, ai soggetti coinvolti, etc;

Alla Conclusione dell'istruttoria, condivisa con il servizio sociale del Comune, verrà inviata copia della stessa al PUA di III livello per l'eventuale passaggio in UVT o eventuale archiviazione del caso. Copia di detta documentazione verrà archiviata presso le sedi PUA territoriali e, qualora il comune di riferimento non fornisca in tempi brevi il numero di protocollo , presso l'UdPG tramite il quale verrà acquisito apposito Protocollo in uscita

³ Scheda Multidimensionale per la Valutazione dell'Anziano/Adulto

In questa fase il medico del Distretto si occuperà di coinvolgere tutte le figure professionali sanitarie (MMG, eventuali specialisti, etc) al fine di garantire una valutazione sociosanitaria globale del caso.

III Livello : Presa in carico e ipotesi di intervento, affidamento e collegamento con UVT

Terminata la fase di prevalutazione, il caso dettagliatamente analizzato dalle singole figure professionali, verrà portato, ove si presenti la necessità, all'attenzione dell'Unità di Valutazione Territoriale che, sulla base dell'indagine effettuata dall'equipè del PUA, provvederà alla predisposizione del Progetto Personalizzato, contenente interventi sociali e sanitari integrati, e attuerà periodiche rivalutazioni dei risultati perseguiti.

L'UVT redige una valutazione Multidimensionale del bisogno dell'utente, utilizzando un metodologia standardizzata e omogenea su tutto il territorio distrettuale, attraverso l'utilizzo di uno strumento univocamente definito (SVAMA).

La parte amministrativa del Distretto sociosanitario, sarà responsabile della calendarizzazione delle UVT , in base alle segnalazioni pervenute dalla rete e dal rispetto dei tempi richiesti per ogni singolo caso.

Le assistenti sociali del progetto di cui trattasi, potranno partecipare alle UVT in nome e per conto dei Servizi Sociali Comunali, con apposita formale delega da parte degli stessi.

I vari interventi e le valutazioni professionali saranno raccolte, insieme alla cartella individuale nel fascicolo dell'utente e andranno curate a carico del Distretto .

Fatte salve le competenze proprie ed esclusive del PUA che avranno priorità assoluta, le assistenti sociali del PUA territoriale, potranno collaborare con i Servizi Sociali Comunali di riferimento, per altre pratiche caratterizzate da una forte valenza socio-sanitaria quali prioritariamente i progetti "Ritornare a Casa", ed eventualmente anche i piani personalizzati di cui alla legge 162/98.

Tutti gli interventi degli operatori del servizio, dovranno essere registrati nei report di casistica mensile, e consegnati al Coordinatore del PUA, quest'ultimo si occuperà di divulgare dati emersi attraverso la relazione trimestrale.

I dati raccolti permetteranno il monitoraggio e la valutazione, in termini di efficienza e di efficacia del servizio distrettuale.

Art. 7 – SEDI DEL PUA TERRITORIALE

I livello :

- **Sede del Distretto sanitario della Asl n. 7, sito a Carbonia palazzina (ex INAM), Piazza Matteotti;**
- **Sede dei Servizi Sociali Professionali dei Comuni del Distretto;**
- **PUA Ospedaliero;**
- **Pua Territoriale.**

II livello:

- **Ospedale: che avrà in carico gli utenti ricoverati c/o l'Ospedale Sirai ;**
- **Carbonia: che avrà in carico i cittadini residenti nel Comune di Carbonia;**

- **Giba**: che avrà in carico i cittadini residenti nei Comuni di San'anna Arresi, Tratalias, Masainas, Villaperuccio, Narcao, Nuxis, Piscinas, Perdaxius, Santadi;
- **Sant'Antioco** e **San Giovanni Suergiu** che avranno in carico i cittadini residenti nei Comuni di Sant'Antioco, San Giovanni Suergiu e Calasetta.
- **Carloforte e Portoscuso**: che avrà in carico i cittadini ivi residenti.

III Livello:

Sede del Distretto sanitario della Asl n. 7, sito a Carbonia palazzina (ex INAM), Piazza Matteotti.