Punto Unico di Accesso: il valore del rientro a domicilio in sicurezza

Daniela Anastasia*, Barbara Margheritta**

* Referente Infermieristico Distretto Ovest, **Infermiere Coordinatore Servizio Infermieristico Domiciliare di Latisana,

Introduzione

Il Punto Unitario di Accesso (P.U.A.) rappresenta il primo e fondamentale anello di un più ampio percorso di presa in carico della persona . L'analisi del bisogno rilevato deve garantire l'accesso a tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali, con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza e alla domiciliarità.

L'attività di regia si declina nelle seguenti azioni:

- Partecipare alla mappatura dei bisogni della comunità servita
- Garantire il collegamento/coordinamento tra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali
- Attivare la rete delle risorse informali
- Favorire il processo di empowerment dell'assistito e del care giver

Obiettivi

Identificare la popolazione oggetto della sperimentazione attraverso le sue caratteristiche cliniche, di autosufficienza pre e post ricovero, di composizione del nucleo familiare e presenza o meno del care giver.

Nel 2018 il Servizio Sociale introdurrà sperimentalmente un intervento gratuito di assistenza di base nel primissimo periodo (massimo 15 giorni) di deospedalizzazione

La selezione effettuata con i criteri di seguito descritti dovrebbe identificare la popolazione maggiormente avvantaggiata da questo tipo di sostegno economico alla domiciliarità.

Materiali e metodi

CAMPIONE

Schede di segnalazione al PUA dal 1/1/2017 al 30/06/2017 n. 1141

di cui per dimissione da ricovero ospedaliero o RSA n. 370

STRUMENTI

Scheda di segnalazione H/territorio

Scheda di Brass

Database su foglio Excel delle Unità di valutazione multidimensionale

Risultati

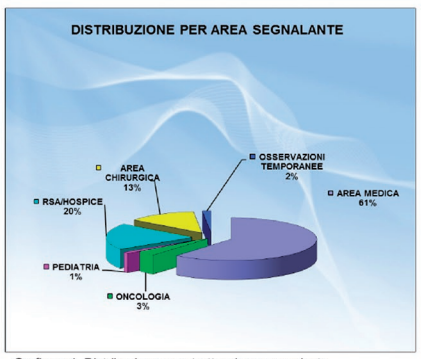

Grafico n.1 Distribuzione per struttura/area segnalante

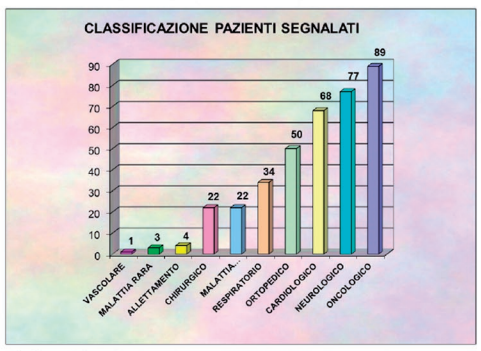

Grafico n.2 Classificazione dei pazienti segnalati per compromissione/ problema prevalente

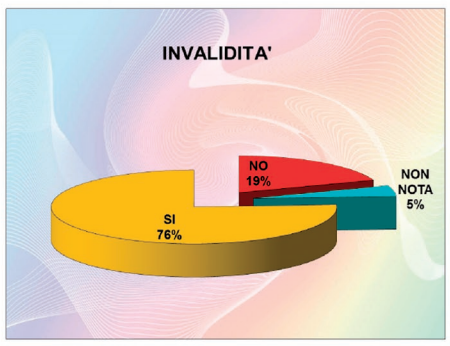

Grafico n.3 Distribuzione per certificazione di invalidità

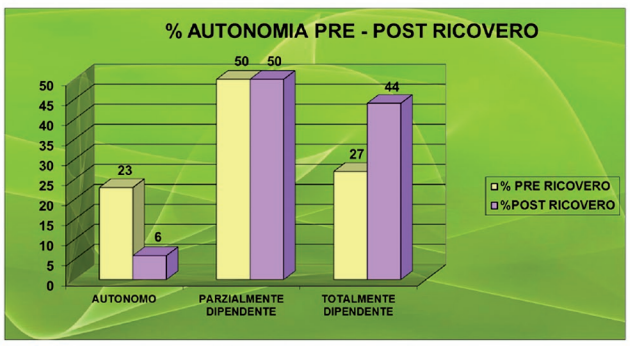

Grafico n.4 Comparazione in percentuale del grado di autonomia pre e post ricovero

CONDIZIONE POST RICOVERO			
CONDIZIONE PRE RICOVERO	AUTONOMO	PARZ. DIPENDENTE	TOTALMENTE DIPENDENTE
AUTONOMO	24%	60%	16%
PARZ. DIPENDENTE		74%	26%

Tabella 1. Comparazione dati pre e post ricovero in base al grado di autonomia secondo Scheda Brass

	TIPOLOGIA CARE GIVERS			
STATO ALLA DIMISSSIONE	FAMIGLIA (coniugi conviventi parenti tranne figli)	FIGLI	NESSUNO	TOTALE DIMISSIONI
AUTONOMO	7	9	5	**21**
PARZ. DIPENDENTE	69	106	12	**187**
DIPENDENTE	50	109	3	**162**
TOTALE	**126**	**224**	**20**	**370**

Tabella 2. Comparazione tipologia di care givers e grado di autonomia secondo Scheda Brass alla dimissione

SITUAZIONE NUCLEO FAMILIARE DI CONVIVENZA	AUTONOMO	PARZ. DIPENDENTE	DIPENDENTE	TOTALE DIMISSIONI
CASA PROTETTA		1		**1**
FAMIGLIA	3	51	42	**96**
FAMIGLIA + ASSISTENTE PRIVATA 24 H		1	4	**5**
FAMIGLIA + PERSONALE PRIVATO A ORE		2		**2**
CONIUGE	8	57	45	**110**
CONIUGE + ASSISTENZA PRIVATA 24H		1	9	**10**
CONIUGE + PERSONALE A ORE		7	14	**21**
SOLO	10	49	13	**72**
SOLO + ASSISTENZA PRIVATA 24H		7	30	**37**
SOLO+ PERSONALE A ORE		11	5	**16**
TOTALE	**21**	**187**	**162**	**370**

Tabella 3. Comparazione situazione del nucleo familiare e grado di autonomia secondo Scheda Brass alla dimissione

Discussione e Conclusioni

Dall'analisi è emerso che la maggior parte delle segnalazione (61%) provengono dall'area medica per compromissioni di tipo oncologico (24%), neurologico (21%)e cardiologico (18%) vedi grafico n. 2.

Per il 76% (SI) dei dimessi esiste o è in fase da avvio la certificazione di invalidità (vedi grafico n.3).

Considerando l'autonomia pre e post ricovero il 17 % del campione pari a 63 pazienti da una condizione di completa autonomia passa ad una di parziale o totale dipendenza.

La rilevazione della composizione del nucleo familiare di convivenza ha evidenziato un numero importante di persone dipendenti che vivono solo con il coniuge anziano o solo con assistenza privata nelle 24 ore.

La comparazione delle due variabili autonomia e care giver ha evidenziato che 15 persone pari al 4% non avrebbero beneficio dall'attivazione del sostegno assistenziale pur diventando non autosufficienti per mancanza di care giver.

Il restante 13% (48 persone) ha subito una perdita completa di autonomia e ha una composizione del nucleo familiare potenzialmente attivabile (vedi tabella 2).

Un ulteriore livello di analisi, prima di partire con la sperimentazione, dovrebbe verificare nella nuova o mantenuta disponibilità dei figli non conviventi a essere coinvolti nel piano assistenziale pari a 58% dei casi.

Sviluppi lavoro

Il lavoro proposto ha lo scopo di rappresentare un fenomeno al tempo 0.

Nel 2018 il Servizio Sociale di Base introdurrà sperimentalmente un intervento gratuito di sostegno alla domiciliarità nel primissimo periodo (massimo 15 giorni) di deospedalizzazione.

A seguito del periodo di sperimentazione è prevista una valutazione sulla popolazione che ha beneficiato dell'intervento gratuito di:

a) Indicatori di processo (indice di reingresso in ospedale con prevalente valenza sociale, ingresso in struttura protetta)

b) Indicatori di qualità percepita (somministrazione questionario ai care giver rispetto al supporto ricevuto per la permanenza dell'assistito a domicilio)