

n. *107* del *20 DIC, 2013*

**REGIONE ABRUZZO**  
**DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE**



**ALL. A**

**LINEE GUIDA REGIONALI**  
**SULLE ATTIVITA' E SULLE PROCEDURE DI COMPETENZA DEL**  
**PUNTO UNICO DI ACCESSO E DELLA UNITÀ DI VALUTAZIONE**  
**MULTIDIMENSIONALE**



**REGIONE ABRUZZO**  
**DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE**

**INDICE**

Art. 1 - Il Punto Unico di Accesso - Definizioni e compiti	pag. 3
Art. 2 - Il Punto Unico di Accesso - Organizzazione e sede	pag. 3
Art. 3 - Il Punto Unico di Accesso - Procedure	pag. 3
Art. 4 - Unità di Valutazione Multidimensionale - Definizione	pag. 4
Art. 5 - Costituzione, componenti e dislocazione territoriale della UVM	pag. 4
Art. 6 - U.V.M. e valutazione del bisogno complesso	pag. 5
Art. 7 - Attività della UVM	pag. 5
Art. 8 - Procedure di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali (RSA e RP)	pag. 5
Art. 9 - Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali (RSA e RP)	pag. 6
Art. 10 - Procedure di accesso ai Centri di Riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978	Pag. 6
Art. 11 - Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978	pag. 7
Art. 12 - Procedure di accesso alla Medicina Riabilitativa – codice 56	pag. 8
Art. 13 - Procedure di accesso alle Strutture Riabilitative Psichiatriche	pag. 8
Art. 14 - Adempimenti delle Strutture Riabilitative Psichiatriche	pag. 9
Art. 15 - Procedure di accesso al Sistema delle Cure Domiciliari - ADI	pag. 9
Art. 16 - Accesso a strutture extraregionali e pazienti extraregionali	pag. 9



## REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

### Art. 1

#### Il Punto Unico di Accesso - Definizioni e compiti

1.1 Il Punto Unico di Accesso (di seguito PUA), come definito nel P.S.R. 2008-2010 approvato con L.R. n.5/2008, 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, socio-sanitarie e sociali.

1.2 Il PUA quale servizio strategico per l'integrazione socio-sanitaria, professionale e gestionale, richiede il raccordo tra le diverse componenti sanitarie e sociali, e quindi il collegamento sistematico con i servizi sociali.

1.3 La *mission* del PUA è quella di garantire al cittadino con bisogni assistenziali, ed ai suoi familiari, la semplificazione e la sburocratizzazione dell'accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari, ottimizzando le modalità di presa in carico.

1.4 Le funzioni e le attività del PUA, così come previste dalla L.R. n. 5/2008, sono:

- Ricevere la richiesta di accesso alla rete integrata dei servizi;
- Registrare la richiesta;
- Esaminare la richiesta ed eseguire una prima valutazione del bisogno.

### Art. 2

#### Il Punto Unico di Accesso - Organizzazione e sede

2.1 Il PUA è ubicato nei punti di erogazione dell'ambito distrettuale; deve avere un collegamento con gli "sportelli di cittadinanza" (segretariati sociali) presenti nei Comuni o negli Ambiti Sociali.

2.2. La dotazione minima di personale del PUA è rappresentata da un Assistente Sociale d'Ambito e/o del Distretto, un operatore professionale sanitario, una unità Amministrativa e dal Dirigente medico del Distretto individuato dal Direttore. Lo stesso Direttore/Responsabile del Distretto può individuare in accordo con l'Ente d'Ambito ulteriore personale.

2.3. Il PUA è istituito con deliberazione del Direttore Generale su proposta del Direttore Medico e del Dirigente Amministrativo del Distretto.

2.4. Con la predetta Deliberazione potranno essere individuate anche eventuali sedi decentrate che dovranno, comunque, avere le risorse necessarie al suo funzionamento (operatori, attrezzature, spazi).

2.5. Per quanto attiene ai requisiti strutturali e tecnologici relativi alla sede ed all'operatività del PUA, si rinvia a quanto stabilito dalla L.R. n. 5/2008.

### Art. 3

#### Il Punto Unico di Accesso - Procedure

3.1 La richiesta di accesso alla rete integrata dei servizi, ovvero la segnalazione del bisogno, è formulata dal diretto interessato, oppure dai familiari o supporti informali, oppure dal MMG / PLS, dal medico ospedaliero o specialista territoriale, dai servizi sociali dei Comuni, dalle associazioni di volontariato, etc;

3.2 Tale richiesta viene registrata su apposita scheda PUA informatizzata recante un set minimo di informazioni (estremi anagrafici e dati di tipo socio-sanitario, previa acquisizione del consenso informato al trattamento reso dalla persona interessata o da persona titolata/delegata in quanto familiare, o amministratore di sostegno, tutore, ecc...); il PUA provvede quindi al rilascio al richiedente di apposita ricevuta della registrazione effettuata.

3.3 La prima accoglienza che consiste nell'informazione/orientamento e in una preliminare valutazione della natura e complessità del bisogno, viene di norma effettuata dall'Assistente sociale o dall'operatore professionale sanitario.

3.4 A seguito di tale valutazione possono essere individuati **bisogni semplici** o **bisogni complessi**.

In caso di bisogni semplici, il PUA:

- fornisce informazioni al richiedente circa i servizi esistenti sul territorio per il soddisfacimento del bisogno, e supporta il cittadino stesso nell'individuazione del livello di assistenza più appropriato;
- fornisce risposte immediate ed esaustive indirizzando il cittadino alla prestazione di cui necessita.



## REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

In caso di bisogni complessi segnala il caso alla Unità di Valutazione Multidimensionale per una valutazione più approfondita e per le conseguenti determinazioni.

### Art. 4

#### Unità di Valutazione Multidimensionale – Definizione

4.1 La Unità di Valutazione Multidimensionale (di seguito UVM) è costituita da professionalità socio-sanitarie preposte alla valutazione dei bisogni dell'utente, riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche; essa rappresenta uno strumento flessibile ed integrato in grado di oggettivare, attraverso le competenze professionali specifiche ed apposite scale di valutazione, il bisogno del singolo paziente, individuando le attività di cura e di risposta per utilizzare al meglio il ventaglio dell'offerta sanitaria, definendo gli obiettivi e consentendo la presa in carico e la valutazione degli esiti intermedi e finali del percorso di cura e di assistenza. (cfr. Piano Sanitario Regionale L.R. n. 5/2008).

4.2 La UVM opera in stretta correlazione con il PUA ricevendo da quest'ultimo tutti i casi che dovranno essere oggetto di valutazione e ritrasmettendo a sua volta al PUA gli esiti delle valutazioni, ai fini della conclusione dell'iter procedurale.

### Art. 5

#### Costituzione, componenti e dislocazione territoriale della UVM

5.1 L'UVM, unica per l'ammissione alle cure domiciliari e per l'accesso alle prestazioni di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 ed a quelle in regime residenziale e semiresidenziale, è prevista in tutte le aree distrettuali.

5.2 La UVM è composta, così come previsto dalla L.R. n. 5/2008, dai seguenti professionisti:

1. Direttore/Responsabile del Distretto, o suo delegato, con funzioni di Coordinatore della UVM;
2. Medico di Medicina Generale eletto nell'Unità Coordinamento Attività Distrettuali (UCAD);
3. Coordinatore delle Professioni sanitarie del Distretto, o suo delegato, o in mancanza altra figura sanitaria professionale designata dal Direttore del Distretto;
4. Assistente sociale dell'Ente d'Ambito Sociale e del Distretto; in particolare la figura dell'Assistente sociale dell'Ente d'Ambito Sociale è fondamentale qualora dalla valutazione emerga anche un bisogno di carattere sociale che preveda impegno di spesa degli Enti di Ambito.

5.3 La suddetta composizione rappresenta quella minima, che dovrà essere integrata a seconda del caso oggetto di valutazione dalle seguenti figure professionali: Geriatra, Fisiatra, Cardiologo, Neurologo, Ortopedico, etc, competenti per la specifica patologia clinica. In particolare:

- per gli ultrasessantacinquenni e per l'accesso alle Residenze per anziani (RSA e RP anziani), è necessaria la presenza del geriatra;
- per l'ammissione alle prestazioni di riabilitazione extraospedaliera è necessaria la presenza dello specialista fisiatra (specialista ospedaliero o ambulatoriale);
- per l'accesso alle strutture residenziali psichiatriche deve essere presente il medico psichiatra del CSM territorialmente competente per residenza del paziente (preferibilmente il medico psichiatra che ha in carico il paziente), o altro medico su delega del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, unitamente all'assistente sociale del CSM che segue quest'ultimo dal punto di vista socio-assistenziale; in caso di "doppia diagnosi" nell'UVM deve essere inoltre presente anche il Responsabile del SERT o suo delegato;
- per la valutazione dei disturbi neurologici e psichiatrici dell'età evolutiva è necessaria la presenza del neuropsichiatra infantile.

Alla UVM potranno inoltre partecipare, oltre al familiare di riferimento (*care giver*) ed al Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta dell'interessato, ogni altra figura professionale ritenuta necessaria (ad es. Psicologo, Nutrizionista, Fisioterapista).

5.4 La valutazione del caso e le conseguenti decisioni devono essere adottate dalla UVM in seduta collegiale.

**REGIONE ABRUZZO**  
**DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE**



**Art. 6**

**UVM e Valutazione del Bisogno Complesso**

6.1 La valutazione multidimensionale del bisogno rappresenta l'adempimento prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del progetto personalizzato e della presa in carico assistenziale di tipo complessivo.

6.2 È compito dell'U.V.M. svolgere tale valutazione al fine di:

- favorire il più a lungo possibile una idonea permanenza della persona in stato di bisogno socio-sanitario presso il proprio domicilio;
- perseguire il rientro nell'ambiente di provenienza dopo la permanenza in strutture residenziali;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità della vita nei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari;
- promuovere azioni atte ad utilizzare al meglio le risorse territoriali;
- contribuire ad ottimizzare la spesa socio-sanitaria.

6.3 La valutazione multidimensionale viene effettuata con l'ausilio di schede, scale e sistemi di classificazione:

- area anziani e demenze: SVAMA, integrata dalle scale ADL, IADL, DMI necessarie per la attuale classificazione delle fasce di non autosufficienza;
- area disabili: S.Va.M.Di.;
- area salute mentale: Ho-NOS/VADO, BPRS.

Per l'ADI occorre riferirsi al Sistema delle Cure Domiciliari – Linee Guida - Appendice E della Deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13/03/2007.

**Art. 7**

**Attività della UVM**

7.1 A seguito della richiesta del PUA, che ha preventivamente rilevato la complessità del bisogno socio-sanitario, viene convocata la UVM da parte del Direttore del Distretto o suo delegato in qualità di Coordinatore della stessa UVM.

7.2 Costituiscono attività collegiali della UVM:

- a) analisi e valutazione multidimensionale del bisogno;
- b) visita del paziente, sia in occasione del primo accesso presso i locali distrettuali e/o diverso luogo, sia in occasione dell'eventuale proroga del trattamento presso la struttura di accoglienza;
- c) individuazione del setting assistenziale appropriato per il paziente;
- d) individuazione del responsabile del caso (Case Manager) nella prima riunione di valutazione;
- e) elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) nei casi previsti (Cure Domiciliari, Residenzialità Psichiatrica, Piano Locale per la non autosufficienza - PLNA);
- f) rilevazione dell'utilizzo di interventi sanitari, sociosanitari e sociali.

7.3 Successivamente la UVM, entro un giorno dalla conclusione della seduta, trasmette al PUA l'esito della valutazione effettuata per i successivi adempimenti, secondo la modulistica allegata (Allegato n. 1).

Il Distretto Sanitario attraverso il PUA è tenuto ad effettuare il monitoraggio costante dei suddetti esiti di valutazione UVM, in particolare procedendo alla verifica dei casi di pazienti di cui non risulti pervenuta alcuna comunicazione di presa in carico entro 30 giorni dalla data dell'autorizzazione UVM ed accertando, anche con il contatto diretto dell'interessato, i motivi che non hanno consentito la fruizione dei trattamenti.

**Art. 8**

**Procedure di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali (RSA e RP)**

8.1 Ai sensi del PSR 2008/2010 (L.R. n. 5/2008), l'autorizzazione all'accesso alle prestazioni residenziali e semiresidenziali è di competenza esclusiva delle Unità di Valutazione Multidimensionale.

8.2 Qualora il paziente si trovi al proprio domicilio, la richiesta al PUA viene formulata dal medico di Medicina Generale attraverso la compilazione della **Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP)**, secondo il modulo allegato (Allegato n. 2);

8.3 In caso di paziente ricoverato in Ospedale o in Casa di Cura privata accreditata, la richiesta per l'ammissione viene formulata dal Responsabile della Unità Operativa attraverso la compilazione della



## REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

### **Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali RSA/RP - dimissione protetta secondo il modulo allegato (Allegato n. 3)**

8.4 Per i pazienti di cui al punto 8.2 la richiesta va presentata al PUA del Distretto di residenza per la valutazione da parte della UVM.

Per i pazienti di cui al punto 8.3 la richiesta è presentata al PUA del Distretto di insidenza territoriale della struttura che dimette; se questo non coincide con il Distretto di residenza dell'assistito, l'UVM procede alla valutazione previa delega del Distretto di residenza a cui ne trasmette l'esito per i successivi adempimenti. La delega non è necessaria tra Distretti della stessa ASL, fermo restando l'obbligo della trasmissione della valutazione effettuata al Distretto di residenza.

8.5 L'UVM fornisce la risposta entro 3 (tre) giorni lavorativi successivi alla data di presentazione dell'istanza di attivazione delle prestazioni; con l'autorizzazione definisce la tipologia di struttura, il regime, la fascia assistenziale, nonché il tempo di permanenza. L'eventuale diniego di autorizzazione deve essere espressamente motivato.

8.6 L'autorizzazione UVM viene quindi immediatamente inoltrata al MMG o al Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera, che hanno fatto richiesta rispettivamente secondo le Schede di cui ai predetti moduli **Allegato n. 2** e **Allegato n. 3**, ai fini della compilazione dell'impegnativa sul ricettario unico del SSN in maniera conforme e congrua alla stessa autorizzazione.

Per i pazienti dimessi da Casa di Cura privata accreditata invece la compilazione dell'impegnativa su ricettario unico del SSN è a cura del Direttore/Responsabile del Distretto o suo delegato quale coordinatore della UVM.

### **Art. 9**

#### **Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni residenziali e semiresidenziali (RSA e RP)**

9.1 La Struttura notifica entro 24 ore l'avvenuta presa in carico al Distretto di residenza del paziente ed al servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le strutture accreditate (a quest'ultimo va notificata anche copia dell'autorizzazione UVM; analogamente, la dimissione deve essere notificata al Distretto di cui sopra ed allo stesso servizio ASL).

9.2 La presa in carico e l'inizio del trattamento sono subordinati all'autorizzazione UVM e dovranno realizzarsi entro 30 giorni dalla data di rilascio della stessa.

9.3 Il Responsabile sanitario della struttura di scelta del paziente entro 10 (dieci) giorni dall'ingresso dello stesso, notifica alla UVM che ha effettuato la valutazione ed al Servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le Strutture accreditate il progetto/programma di assistenza, definito dall'equipe sanitaria della struttura stessa. In caso di mancata notifica, la tariffa giornaliera a carico del SSN viene decurtata del 50% (cinquanta per cento) per il periodo che va dalla data di ammissione nella struttura fino alla data di effettiva notifica del progetto/programma di assistenza.

9.4 Lo specialista competente per il caso in esame, individuato dalla stessa UVM che ha effettuato la valutazione, verifica la congruenza del progetto/programma di assistenza rispetto ai bisogni evidenziati in corso di valutazione e conseguentemente può accettarlo o modificarlo fornendo idonea motivazione. Il progetto/programma definitivamente approvato va quindi reinviato alla Struttura ed alla UVM del Distretto di residenza qualora diverso dal Distretto della UVM che ha effettuato la valutazione.

9.5 Le eventuali proroghe di trattamento devono essere richieste dal Responsabile sanitario della Struttura, almeno dieci giorni prima del termine del periodo di ricovero, alla UVM del Distretto in cui ricade la stessa Struttura e per conoscenza al Distretto di residenza del paziente; non è necessaria una nuova impegnativa. L'UVM provvederà alla rivalutazione del paziente che rimarrà in carico alla Struttura residenziale fino alla notifica dell'esito della rivalutazione.

9.6 Nel caso in cui l'UVM esprima parere negativo sulla proroga al trattamento in quanto ritiene che il paziente debba proseguire in altro setting assistenziale, è tenuta contestualmente a formalizzare e a definire la valutazione per il suddetto diverso setting.

### **Art. 10**

#### **Procedure di accesso ai Centri di Riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978**

10.1 Qualora il paziente si trovi al proprio domicilio, la richiesta al PUA viene formulata dal Medico di Medicina Generale o dal Pediatra di Libera Scelta attraverso la compilazione della **Scheda anamnestica**



**REGIONE ABRUZZO**  
**DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE**

per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP), secondo il modulo allegato (**Allegato n. 2**);

10.2 In caso di paziente ricoverato in Ospedale o in Casa di Cura privata accreditata, la richiesta per l'ammissione viene formulata dal Responsabile della Unità Operativa attraverso la compilazione della **Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali RSA/RP - dimissione protetta** secondo il modulo allegato (**Allegato n. 3**).

10.3 Per i pazienti di cui al punto 10.1 la richiesta va presentata al PUA del Distretto di residenza del paziente per la valutazione da parte della UVM.

Per i pazienti di cui al punto 10.2 la richiesta è presentata al PUA del Distretto di insistenza territoriale della struttura che dimette; se questo non coincide con il Distretto di residenza dell'assistito, l'UVM procede alla valutazione previa delega del Distretto di residenza a cui ne trasmette l'esito per i successivi adempimenti. La delega non è necessaria tra Distretti della stessa ASL, fermo restando l'obbligo della trasmissione della valutazione effettuata al Distretto di residenza.

10.4 L'UVM fornisce la risposta entro 3 (tre) giorni lavorativi successivi alla data di presentazione dell'istanza di attivazione delle prestazioni; con l'autorizzazione definisce la tipologia di struttura, il regime assistenziale ed il tempo di permanenza/numero di sedute. L'eventuale diniego di autorizzazione deve essere espressamente motivato.

10.5 L'autorizzazione UVM viene quindi immediatamente inoltrata al MMG/PLS o al Responsabile dell'Unità Operativa Ospedaliera, che hanno fatto richiesta rispettivamente secondo le Schede di cui ai predetti moduli **Allegato n. 2** e **Allegato n. 3**, ai fini della compilazione dell'impegnativa sul ricettario unico del SSN in maniera conforme e congrua alla stessa autorizzazione.

Per i pazienti dimessi da Casa di Cura privata accreditata invece la compilazione dell'impegnativa sul ricettario unico del SSN è a cura del Direttore/Responsabile del Distretto o suo delegato quale coordinatore della UVM.

**Art. 11**

**Adempimenti delle strutture che erogano prestazioni di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978**

11.1 I Centri di Riabilitazione notificano l'avvenuta presa in carico globale e multidisciplinare, in relazione ai bisogni del paziente, entro 24 ore al Distretto di residenza del paziente ed al Servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le strutture accreditate (a quest'ultimo va notificata anche copia dell'autorizzazione UVM). Analogamente, la dimissione deve essere notificata allo stesso Distretto ed allo stesso servizio ASL che gestisce i rapporti contrattuali con le strutture private accreditate.

11.2 La presa in carico e l'inizio del trattamento dovranno realizzarsi:

- a) per la riabilitazione intensiva in regime residenziale, entro 10 giorni dal rilascio dell'autorizzazione;
- b) per i restanti regimi entro 15 giorni dalla data di rilascio dell'autorizzazione.

11.3 Il Responsabile sanitario della struttura di scelta del paziente entro 10 (dieci) giorni dall'ingresso dello stesso, notifica alla UVM che ha effettuato la valutazione ed al Servizio della ASL deputato alla gestione dei rapporti con le Strutture accreditate il progetto/programma riabilitativo, definito dall'equipe sanitaria della struttura stessa; il suddetto progetto/programma di riabilitazione dovrà essere redatto in conformità alle Linee-Guida Ministeriali per la Riabilitazione Extraospedaliera ("Piano di Indirizzo per la Riabilitazione" del 10.02.2011, recepito con Deliberazione di Giunta Regionale n. 539 del 29/08/2012).

In caso di mancata notifica, la tariffa giornaliera a carico del SSN viene decurtata del 50% (cinquanta per cento) per il periodo che va dalla data di ammissione nella struttura fino alla data di effettiva notifica del progetto/programma riabilitativo.

11.4 Lo specialista competente per il caso in esame individuato dall'UVM che ha effettuato la valutazione verifica la congruenza del progetto/programma rispetto ai bisogni evidenziati in corso di valutazione UVM e conseguentemente può accettarlo o modificarlo fornendo idonea motivazione. Il progetto/programma definitivamente approvato va quindi reinviato alla Struttura ed alla UVM del Distretto di residenza qualora diversa dalla UVM che ha effettuato la valutazione. La Struttura è tenuta al rispetto del suddetto progetto/programma autorizzato, anche relativamente alla frequenza dei trattamenti e conseguentemente alla durata complessiva dello stesso progetto/programma.

11.5 Le eventuali proroghe di trattamento devono essere richieste dal Responsabile sanitario della Struttura, almeno dieci giorni prima del termine del periodo di trattamento, alla UVM del Distretto in cui



## REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

ricade la stessa Struttura e per conoscenza al Distretto di residenza del paziente; non è necessaria una nuova impegnativa. L'UVM provvederà alla rivalutazione del paziente che rimarrà in carico alla Struttura riabilitativa fino alla notifica dell'esito della rivalutazione.

Nel caso in cui l'UVM esprima parere negativo sulla proroga al trattamento in quanto ritiene che il paziente debba proseguire in altro setting assistenziale, è tenuta contestualmente a formalizzare e a definire la valutazione per il suddetto diverso setting.

11.6 Nel caso di prestazioni ambulatoriali o domiciliari, la struttura riabilitativa inoltre ha l'obbligo di comunicare al Distretto di residenza del paziente le eventuali sospensioni dei trattamenti occorse per qualsiasi causa e superiori ad un mese, per le conseguenti verifiche ed eventuali determinazioni da parte dello stesso Distretto.

### Art. 12

#### Procedure di accesso alla Medicina Riabilitativa – codice 56

12.1 L'accesso alla Medicina Riabilitativa (cod. 56), avviene esclusivamente per trasferimento da un reparto per acuti, senza alcun coinvolgimento da parte dell'UVM.

12.2 L'intervento dell'UVM avviene eccezionalmente in presenza di motivate condizioni clinico – riabilitative di pazienti assistiti a domicilio o in residenze, in caso di:

1. allocazione temporanea del paziente presso il domicilio o la residenza, che sia stata causata dall'indisponibilità di posto letto in Medicina Riabilitativa (cod. 56) al momento della dimissione dal reparto per acuti; tale allocazione temporanea non dovrebbe superare il limite di dieci giorni dalla data della dimissione dal reparto per acuti;
2. riacutizzazione, secondo il concetto riabilitativo di "acuzie funzionale", laddove si verifichi una evidente riduzione del livello di performance, per cui si renda necessaria la presa in carico da parte di una équipe specializzata per un trattamento riabilitativo intensivo di almeno tre ore al giorno, attesa la possibilità di un miglioramento funzionale.

In tali casi è possibile l'accesso alla Medicina Riabilitativa (cod. 56) su richiesta del MMG/PLS attraverso la Scheda anamnestica per l'accesso al sistema delle cure riabilitative, residenziali e semiresidenziali (RSA/RP), secondo il modulo allegato (Allegato n. 2), corredata, laddove si ricada nel suddetto caso 2., da documentazione attestante l'effettiva riacutizzazione della patologia.

### Art. 13

#### Procedure di accesso alle Strutture Riabilitative Psichiatriche

13.1 Nel rispetto delle indicazioni del Piano Sanitario Regionale LR n° 5/2008, per l'accesso alle strutture riabilitative psichiatriche si deve rispettare la seguente procedura:

- a) Formulazione della richiesta su ricettario unico del SSN, del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta o del Medico Specialista Psichiatra, ospedaliero o convenzionato, completa di diagnosi specifica ed indicazione terapeutica;
- b) Presentazione della richiesta al PUA competente territorialmente per residenza del paziente che rilascia una ricevuta della richiesta con la data di presentazione;
- c) Formulazione del progetto personalizzato da parte dell'UVM territorialmente competente per residenza del paziente. In caso di doppia diagnosi l'UVM stabilisce anche il peso assistenziale delle singole patologie;
- d) Autorizzazione all'ingresso, rilasciata dal Direttore del Dipartimento di Salute Mentale competente per residenza del paziente per i soggetti adulti o del Direttore del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori, riportante la tipologia di struttura residenziale psichiatrica per la quale l'UVM si è pronunciata.

13.2 L'UVM per la valutazione di pazienti psichiatrici deve prevedere oltre alle figure di cui alla composizione minima di cui all'art. 5, paragrafo 5.2, la presenza del medico psichiatra del CSM territorialmente competente per residenza del paziente (preferibilmente il medico psichiatra che ha in carico il paziente), o altro medico su delega del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, unitamente all'assistente sociale del CSM che segue quest'ultimo dal punto di vista socio-assistenziale; in caso di "doppia diagnosi" nell'UVM deve essere inoltre presente anche il Responsabile del SERT territorialmente competente o suo delegato (cfr. paragrafo art. 5, par. 5.3).





## **REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE**

Alla valutazione di pazienti psichiatrici dovranno partecipare altresì altre figure che l'UVM riterrà necessarie, quali lo psicologo, l'amministratore di sostegno, il care giver.

13.3 L'UVM è tenuta a fornire la risposta entro 10 (dieci) giorni lavorativi successivi alla data di presentazione della istanza di attivazione delle prestazioni. Entro il predetto termine la UVM deve predisporre il progetto personalizzato di cui al precedente punto c). La ricerca della struttura erogatrice in relazione al setting attribuito sarà effettuata dall'Assistente sociale del CSM d'intesa con l'assistente sociale d'ambito.

13.4 Il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, ovvero del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori, esamina la valutazione UVM ed il progetto personalizzato e conseguentemente rilascia l'autorizzazione all'accesso ovvero un diniego motivato allo stesso; in tale ultimo caso l'UVM è tenuta a procedere ad una ulteriore valutazione, tenuto conto delle osservazioni e delle motivazioni addotte nel diniego.

### **Art. 14**

#### **Adempimenti delle Strutture Riabilitative Psichiatriche**

14.1 La struttura notifica l'ammissione del paziente entro 24 ore al Direttore DSM, ovvero del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori, all'UVM del Distretto di residenza del paziente ed al Servizio della ASL che gestisce i rapporti contrattuali con le strutture accreditate.

14.2 La presa in carico e l'inizio del trattamento dovranno realizzarsi entro 30 giorni dalla autorizzazione del DSM.

14.3 Il Responsabile sanitario della struttura di ammissione del paziente ha l'obbligo di notificare entro 15 (quindici) giorni il progetto personalizzato alla UVM che ha eseguito la valutazione ed alla Direzione del Dipartimento di Salute Mentale di residenza del paziente, ovvero alla Direzione del Dipartimento cui afferisce l'Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile per i soggetti minori. La mancata notifica comporta una decurtazione della tariffa giornaliera a carico del SSN ai sensi di quanto disposto dal vigente PSR (LR n. 5/2008).

14.4 Le eventuali proroghe di trattamento devono essere richieste dal Responsabile sanitario della Struttura, almeno venti giorni prima del termine del periodo di ricovero alla UVM di residenza del paziente, inviando alla stessa una relazione dettagliata che evidenzii il grado di raggiungimento degli obiettivi. Entro i successivi dieci giorni l'UVM valuta se non autorizzare la proroga al trattamento, ovvero se prorogare l'inserimento aggiornando in tal caso il progetto personalizzato.

Nel caso in cui l'UVM esprima parere negativo sulla proroga al trattamento in quanto ritiene che il paziente debba proseguire in altro setting assistenziale, è tenuta contestualmente a formalizzare e a definire la valutazione per il suddetto diverso setting.

14.5 L'esito della rivalutazione relativa alla proroga deve essere trasmesso al DSM che provvede a notificarlo alla Struttura Riabilitativa Psichiatrica.

### **Art.15**

#### **Procedure di accesso al Sistema delle Cure Domiciliari - ADI**

15.1 Relativamente alle procedure per l'attivazione dell'ADI e relativa modulistica si richiamano integralmente le disposizioni di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13/03/2007 – Appendice "E" recante "Sistema Cure Domiciliari – Linee Guida", alla LR n. 5/2008 (Piano Sanitario Regionale) paragrafo 5.2.7.1 ed al Decreto del Commissario ad Acta n. 53/2012 del 11/10/2012.

### **Art. 16**

#### **Accesso a strutture extraregionali e pazienti extraregionali**

16.1 La procedura di cui ai precedenti articoli, dovrà essere seguita dalle UVM anche in caso di accesso a strutture extraregionali.



## REGIONE ABRUZZO DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE

16.2 Nel rispetto del principio della libera scelta del luogo di cura da parte dei cittadini/utenti, il PUA dovrà informare il cittadino utente della sussistenza delle seguenti condizioni per la fruizione delle prestazioni, con oneri a carico del SSN, presso strutture extraregionali:

- le Strutture extraregionali accettanti devono essere dotate di regolare atto di accreditamento da parte della Regione di appartenenza, ai sensi dell'art 8 quinquies D. lgs 502/92;
- le Strutture extraregionali accettanti devono rispettare gli stessi adempimenti previsti per le Strutture della Regione Abruzzo ai sensi delle presenti Linee Guida regionali, pena il mancato riconoscimento economico delle prestazioni erogate; a tal fine il Distretto di residenza, appena ricevuta la comunicazione di presa in carico, è tenuto trasmettere alla stessa Struttura le presenti Linee Guida onde consentirne la necessaria consultazione.

Per i pazienti residenti nella Regione Abruzzo in cura presso Strutture extraregionali, qualora gli stessi manifestino la necessità o la legittima aspettativa di proseguire le cure presso Strutture regionali, l'UVM è tenuta a valutare oltre al bisogno complesso anche l'opportunità del trasferimento, in considerazione sia delle condizioni cliniche che dell'importanza del ricongiungimento con il contesto socio - familiare di riferimento degli interessati.

16.3 Per i pazienti residenti in altre Regioni, temporaneamente domiciliati presso la Regione Abruzzo, l'autorizzazione ai trattamenti previsti nel presente regolamento, ed eventuali proroghe, vanno richieste alla ASL di residenza degli stessi.



ALLEGATO N. 1  
ESITO VALUTAZIONE UVM

REGIONE ABRUZZO

Azienda Sanitaria Locale .....

Area Distrettuale \_\_\_\_\_

Distretto Sanitario di Base di \_\_\_\_\_

UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Pratica/prot. n. \_\_\_\_\_

Autorizzazione n° \_\_\_\_\_

Registro UVM n. \_\_\_\_\_

Seduta UVM del \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Valutazione su delega NO  SI  su delega della UVM del DSB di \_\_\_\_\_

A seguito della richiesta presentata il ____ / ____ / ____ l'Unità di Valutazione Multidimensionale	
<input type="checkbox"/> AUTORIZZA L'UTENTE	
<input type="checkbox"/> NON AUTORIZZA L'UTENTE	
Cognome:	Nome:
Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nato a _____ il ____ / ____ / ____
Residente in _____	
Via _____	n. _____
Codice Fiscale: _____	
Recapito telefonico e/o mail _____	
A.S.L. residenza _____	Medico curante: _____
Referente dell'utente: Cognome _____	Nome _____
Recapito telefonico e/o mail _____	
Grado di parentela _____	
Amministratore di Sostegno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Tutore legale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Per le seguenti prestazioni

**A) CENTRI DI RIABILITAZIONE**

<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE RESIDENZIALE INTENSIVA	<input type="checkbox"/> Fascia A <input type="checkbox"/> Fascia B
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE RESIDENZIALE ESTENSIVA	<input type="checkbox"/> Internato Grave <input type="checkbox"/> Internato Medio Grave
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE SEMI-RESIDENZIALE	<input type="checkbox"/> Seminternato Grave <input type="checkbox"/> Seminternato Medio Grave
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE AMBULATORIALE	<input type="checkbox"/> Ambulatoriale Singolo <input type="checkbox"/> Ambulatoriale di Gruppo
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE DOMICILIARE	
<input type="checkbox"/> RIABILITAZIONE EXTRA-MURALE	
<input type="checkbox"/> MEDICINA RIABILITATIVA COD. 56	
<input type="checkbox"/> ALTRO	
Periodo assegnato (o numero e frequenza delle sedute): _____	
ALLEGATA S.Va.M.Di (sezione riservata all'UVM)	



## B) RSA - RP

<input type="checkbox"/> R.S.A. ANZIANI ◇ Fascia Prima                      ◇ Fascia Seconda                      ◇ Fascia terza
<input type="checkbox"/> R.S.A. DISABILI ADULTI ◇ Fascia Prima                      ◇ Fascia Seconda                      ◇ Fascia terza
<input type="checkbox"/> R.S.A. DEMENZE ◇ Fascia prima                      ◇ Fascia seconda
<input type="checkbox"/> RSA PSICO-GERIATRICA
<input type="checkbox"/> STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE ANZIANI
<input type="checkbox"/> STRUTTURA SEMI-RESIDENZIALE DEMENZE
<input type="checkbox"/> RESIDENZA PROTETTA (R.P.)                      ◇ Anziani                      ◇ Disabili
Periodo assegnato:
ALLEGATA: SVAMA/ S.Va.M.Di (sezione riservata all'UVM)

## C) STRUTTURE RIABILITATIVE PSICHIATRICHE

<input type="checkbox"/> RESIDENZA RIABILITATIVA PSICHIATRICA POST ACUZIE
<input type="checkbox"/> COMUNITA' TERAPEUTICA
<input type="checkbox"/> RESIDENZA PROTETTA
<input type="checkbox"/> CASA FAMIGLIA
<input type="checkbox"/> GRUPPO APPARTAMENTO DI CONVIVENZA
<input type="checkbox"/> SEMIRESIDENZIALITA' (CENTRO DIURNO)
Periodo assegnato:
ALLEGATO PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE

DATA,

FIRMA E TIMBRO DEL COORDINATORE DELLA UVM

**N.B.** Per la fruizione delle prestazioni con oneri a carico del SSN presso strutture extraregionali:

- le Strutture extraregionali-accettanti devono essere dotate di regolare atto di accreditamento da parte della Regione di appartenenza, ai sensi dell'art 8 quinquies D. lgs 502/92;
- le Strutture extraregionali accettanti devono rispettare gli stessi adempimenti previsti per le Strutture della Regione Abruzzo ai sensi delle Linee Guida sulle attività e sulle procedure di competenza del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multidimensionale approvato con Decreto del Commissario ad Acta n. 107/2013 del 20-12-2013, pena il mancato riconoscimento economico delle prestazioni erogate.



**REGIONE ABRUZZO**  
 Al PUA del Distretto Sanitario di Base di \_\_\_\_\_  
**SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE RIABILITATIVE, RESIDENZIALI  
 E SEMIRESIDENZIALI (RSA/RP)**  
 a cura del MMG/PLS

DATI ANAGRAFICI UTENTE	
<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
Luogo e data di nascita _____ gg/mm/aaaa	
Nazionalità <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Unione Europea <input type="checkbox"/> Extracomunitaria	
Sesso: <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	stato civile <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a o convivente <input type="checkbox"/> separato/a o divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> non dichiarato
Invalidità civile <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Legge 104/1992 (allegare documentazione)	
CODICE FISCALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Residenza: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____	
Domicilio: Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____ <i>Compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>	
ASL di RESIDENZA _____	
Nome sul campanello: _____	
Recapiti telefonici: 1 <sup>a</sup> rec. _____ 2 <sup>a</sup> rec. _____	
FAMILIARE DI RIFERIMENTO (o care giver) : COGNOME: _____ NOME: _____	
Recapiti telefonici: 1 <sup>a</sup> rec. _____ 2 <sup>a</sup> rec _____	
Indirizzo posta elettronica: _____	
MMG o PLS del Paziente: Dott. _____	
Recapiti telefonici 1) _____ 2) _____	
Diagnosi principale: _____	
1 <sup>a</sup> diagnosi concomitante _____	
2 <sup>a</sup> diagnosi concomitante _____	
Richiesta di ammissione formulata il _____ gg/mm/aaaa	
<input type="checkbox"/> per accesso a medicina riabilitativa (cod. 56) nei casi previsti dal PSR	
<input type="checkbox"/> per prestazioni riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 in regime	
<input type="checkbox"/> Residenziale <input type="checkbox"/> Ambulatoriale	
<input type="checkbox"/> Semiresidenziale <input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Extramurale	
<input type="checkbox"/> per accesso RSA/RP	



<b>CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE:</b>	
<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
Data dell'evento acuto    gg/mm/aaaa	
<b>Percorso riabilitativo dall'evento acuto:</b>	
Ricovero in medicina riabilitativa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Prestazioni ex art. 26 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Disabilità da trattare _____ _____ _____	
Elevato indice di comorbidità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Stato di coscienza <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> COMA	
Respirazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA <input type="checkbox"/> OSSIGENO	
Paziente collaborante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Deambulazione autonoma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Alimentazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> SONDINO NASO GASTRICO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ALTRO	
Continenza urinaria <input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale , tipo <input type="checkbox"/> altro
Continenza fecale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Portatore di stomia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    modello e misura _____	
Evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Accesso venoso centrale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    tipo e gestione _____	
Allergie e intolleranze: _____ _____	
Lesioni da decubito <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    sede e grado _____	

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma Medico \_\_\_\_\_

Tel. e/o fax \_\_\_\_\_ Firma del paziente o del familiare di riferimento \_\_\_\_\_



**REGIONE ABRUZZO**  
 Al PUA del Distretto Sanitario di Base di \_\_\_\_\_  
**SCHEDA ANAMNESTICA PER L'ACCESSO AL SISTEMA DELLE CURE RIABILITATIVE, RESIDENZIALI  
 E SEMIRESIDENZIALI (RSA/RP)  
 DIMISSIONE PROTETTA**

DATI ANAGRAFICI UTENTE	
<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
<b>Luogo e data di nascita</b> _____ <b>gg/mm/aaaa</b>	
<b>Nazionalità</b> <input type="checkbox"/> Italiana <input type="checkbox"/> Unione Europea <input type="checkbox"/> Extracomunitaria	
<b>Sesso:</b> <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	<b>stato civile</b> <input type="checkbox"/> celibe/nubile <input type="checkbox"/> coniugato/a o convivente <input type="checkbox"/> separato/a o divorziato/a <input type="checkbox"/> vedovo/a <input type="checkbox"/> non dichiarato
<b>Invalidità civile</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Legge 104/1992 (allegare documentazione)	
<b>CODICE FISCALE</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>Residenza:</b> Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____	
<b>Domicilio:</b> Comune _____ Frazione/Contrada _____ Via _____, n° civico _____ <i>Compilare solo se il domicilio è diverso dalla residenza</i>	
<b>ASL di residenza:</b> _____	
<b>Recapiti telefonici:</b> 1 <sup>a</sup> rec. _____    2 <sup>a</sup> rec. _____	
<b>FAMILIARE DI RIFERIMENTO (o Care Giver):</b> COGNOME _____ NOME _____	
<b>Recapiti telefonici:</b> 1 <sup>a</sup> rec. _____    2 <sup>a</sup> rec _____	
<b>Indirizzo posta elettronica:</b> _____	
<b>MMG o PLS del Paziente:</b> Dott. _____	
<b>Motivo del ricovero:</b> _____	
<b>Data presunta dimissione</b> _____	
<b>Diagnosi principale dimissione</b> _____	
<b>1<sup>a</sup> diagnosi concomitante</b> _____	
<b>2<sup>a</sup> diagnosi concomitante</b> _____	
<b>Richiesta di ammissione formulata il</b> gg/mm/aaaa	
<input type="checkbox"/> per accesso a medicina riabilitativa (cod. 56) nei casi previsti dal PSR (LR n. 5/2008)	
<input type="checkbox"/> per prestazioni riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 in regime	
<input type="checkbox"/> Residenziale	<input type="checkbox"/> Ambulatoriale
<input type="checkbox"/> Semiresidenziale	<input type="checkbox"/> Domiciliare <input type="checkbox"/> Extramurale
<input type="checkbox"/> per accesso RSA/RP	



<b>CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE:</b>	
<b>COGNOME</b>	<b>NOME</b>
Data dell'evento acuto    gg/mm/aaaa	
<b>Percorso riabilitativo dall'evento acuto:</b>	
Ricovero in medicina riabilitativa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Prestazioni ex art. 26 <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Disabilità da trattare _____ _____	
Elevato indice di comorbilità <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Stato di coscienza <input type="checkbox"/> ORIENTATO <input type="checkbox"/> DISORIENTATO <input type="checkbox"/> COMA	
Respirazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> VENTILAZIONE ASSISTITA MECCANICA <input type="checkbox"/> OSSIGENO	
Paziente collaborante <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Deambulazione autonoma <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Alimentazione <input type="checkbox"/> AUTONOMA <input type="checkbox"/> SONDINO NASO GASTRICO <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ALTRO	
Continenza urinaria <input type="checkbox"/> SI  <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> pannoloni <input type="checkbox"/> catetere vescicale , tipo <input type="checkbox"/> altro
Continenza fecale <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Portatore di stomia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    modello e misura _____	
Evacuazione spontanea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Accesso venoso centrale <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    tipo e gestione _____	
Allergie e intolleranze: _____ _____	
Lesioni da decubito <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI    sede e grado _____	

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma medico del Reparto \_\_\_\_\_

Tel. e/o fax \_\_\_\_\_ Firma del paziente o del familiare di riferimento \_\_\_\_\_