

## PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

È consentito scrivere con caratteri non inferiori a corpo 10 e non si devono superare gli spazi di scrittura qui presenti.  
La firma attesta la completa lettura e comprensione delle norme di concorso.

**1.** Titolo e sottotitolo (*Inserire il titolo del progetto ed un eventuale sottotitolo*)

### **PRESA IN CARICO GLOBALE: DALL'ACCOGLIENZA AL REINSERIMENTO NEL TERRITORIO**

**2.** Zona Territoriale

Ambito territoriale ATS della Brianza

**3.** Coinvolgimento di Istituzioni locali/Enti/Associazioni/...

Referenti di strutture di ricovero e cura, MMG, servizi sociali comunali, rete familiare, caregiver, rete dei servizi specialistici territoriali, assistenti famigliari

**4.** Ambito di intervento (formativo, occupazionale, ricreativo, ....)

Riabilitativo con obiettivo di mantenere e migliorare le autonomie residue del paziente al fine di un rientro a domicilio quale luogo più consono al benessere psicologico della persona, nonché di potenziare la resilienza di paziente e della rete familiare per prevenire l'istituzionalizzazione precoce.

**5.** Beneficiari

Pazienti inseriti in Rsa nucleo di Cure Intermedie (20 posti letto), ossia persone fragili, non necessariamente anziane e non sempre in situazione di totale dipendenza, in condizioni di stabilità clinica, le quali hanno terminato il loro percorso clinico acuto e sub acuto, ma necessitano di un ulteriore periodo di assistenza, svolta a livello residenziale, per migliorare il più possibile lo stato di salute prima del rientro a domicilio o dell'inserimento in lungodegenza

**6.** Durata complessiva

Il ricovero può durare 40 o 60 giorni max a seconda del profilo di appartenenza del paziente

**7.** Ideatori del progetto (quelli che si candidano ad essere premiati): nome cognome e CF.

IRENE PARUSCIO C.F. PRSRNI79P54I829O

MARIA GRAZIA PIAZZOLLA C.F. PZZMGR74T66F205S

**8.** Descrizione e articolazione del progetto (dovrà esservi indicata la RSA dalla quale è partito il progetto e indicato il documento di accreditamento regionale).

“RSA VILLA REALE” Via Della Taccona, 24 – Monza, accreditata con provvedimento n. 3371 del 09/05/2012.

All'interno della RSA dal 12/2012 creazione nucleo Post-acuti/Cure Intermedie attualmente ancora attivo, dove è stato scelto di inserire in organico le figure di assistente sociale e psicologa al fine di dare un'impronta relazionale forte andando al di là di quanto richiesto dagli standard regionali, con l'obiettivo di creare continuità e collaborazione tra RSA e comunità di riferimento oltre che di garantire il maggior benessere possibile del paziente e della sua rete informale.

Articolazione del progetto: ricezione “Scheda Unica di Invio e Valutazione per ricovero in unità di Cure Intermedie” da parte dell'Ente inviante (ospedale, struttura riabilitativa, MMG, altre unità d'offerta), valutazione d'appropriatezza da parte del direttore sanitario di struttura, contatto organizzativo con Ente inviante e con rete famigliare (o con paziente lucido se privo di rete familiare); condivisione “Scheda Unica di Invio e Valutazione per ricovero in unità di Cure Intermedie” con ATS di Brianza; ingresso paziente in struttura e accoglienza; espletamento pratiche amministrative e consegna carta dei servizi; colloquio con

l'equipe sanitaria di presa in carico e ricezione del consenso di cura; condivisione del progetto di presa in carico con MMG; designazione del Caremanager (assistente sociale o psicologa) in base ai bisogni rilevati; colloquio conoscitivo psico-sociale con il paziente, somministrazione testistica e raccolta bisogni; contatto telefonico con familiare di riferimento; colloquio conoscitivo con rete familiare e raccolta dei bisogni (o con i servizi del territorio attivi in assenza di rete familiare); stesura Progetto Individuale e Piano Assistenziale Individualizzato (PI e PAI); condivisione della relazione PI e PAI con il paziente e/o con il familiare; condivisione via mail del progetto individuale con il MMG del paziente, ATS, ASST di appartenenza ed eventuali servizi in carico; valutazione, al bisogno, da parte di specialisti; disponibilità ad una interlocuzione costante durante la degenza con paziente e familiari; colloquio di aggiornamento con rete familiare e/o servizi in carico, previa verifica della situazione complessiva del pz, attraverso un confronto con le singole professionalità dell'equipe interna; valutazione fisiatrica per eventuale stesura PRI per attivazione ADI FKT; stesura e condivisione della relazione di pre-dimissione con il paziente e/o il familiare; condivisione via mail della relazione di pre-dimissione e dell'eventuale PRI con MMG, ATS, ASST di appartenenza ed eventuali servizi in carico; affiancamento rete familiare per ricerca soluzioni che soddisfino i bisogni dimissori; formazione e training caregiver (familiare e/o assistente familiare) e/o paziente; stesura relazione di dimissione in equipe; condivisione via mail della relazione di dimissione con MMG del paziente, ATS e ASST di appartenenza ed eventuali servizi in carico; disponibilità telefonica nel primo periodo di rientro al domicilio.

**9. RISULTATI CONSEGUITI:** sotto ogni risultato (elenco segnalato dalle lettere maiuscole) specificare come tale risultato sia stato verificato (elenco segnalato da lettere minuscole).

**A** Conseguimento benessere psicologico ed emotivo del paziente e della sua rete familiare a seguito di un evento critico che determina spesso un cambiamento significativo della situazione di salute del singolo e delle relazioni familiari.

**a** Per il paziente: colloqui ed osservazione clinica durante la degenza con attento monitoraggio del tono dell'umore; somministrazione di alcune scale tra cui GDS (Geriatric Depression Scale) per la valutazione del tono umorale. Per la rete familiare: colloqui al bisogno e spazio di ascolto e sostegno.

**B** Promuovere l'empowerment del paziente e della sua rete familiare ed intervenire residualmente alle possibilità della rete familiare per l'organizzazione delle dimissioni protette

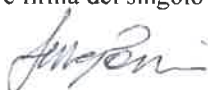
**b** Condivisione documentazione interna (PI/PAI e pre-dimissione) con la rete familiare o con paziente lucido. Progettazione e organizzazione delle dimissioni protette con il soddisfacimento dei nuovi bisogni del paziente attraverso: azioni di orientamento, affiancamento e addestramento della rete familiare per l'attivazione dei servizi a sostegno della domiciliarità (es. SAD, ADI, CDI); informativa alla rete familiare iter attivazione/aggravamento invalidità civile, reperimento ausili, contributo pubblico abbattimento barriere architettoniche domiciliari, al bisogno informativa preventiva interventi pubblici a sostegno dell'istituzionalizzazione e compilazione DUI RSA MB con consegna elenco RSA MB; al bisogno informativa attivazione iter nomina Amministratore di Sostegno; contatto e condivisione del percorso in degenza e del progetto dimissorio con i servizi territoriali attivi (contatti telefonici, via mail e colloqui in struttura), così da favorire l'autonomia nella gestione e nel soddisfacimento dei nuovi bisogni. Somministrazione questionario anonimo di soddisfazione ai pazienti e/o rete familiare al termine del ricovero in struttura.

**C** Coordinamento e continuità di cura ed assistenza attraverso l'aggiornamento in tempo reale dei servizi in carico: MMG, ATS, ASST, servizi sociali comunali e servizi specialistici territoriali attivi. in un limitato periodo di tempo nel passaggio dall'ospedale alle Cure Intermedie e da qui al domicilio o dal domicilio alle Cure Intermedie al fine di evitare una nuova ospedalizzazione e prevenire l'istituzionalizzazione precoce.

**c** Invio a MMG, ATS, ASST, servizi sociali comunali e servizi specialistici territoriali attivi di PI/PAI, relazione di pre-dimissione e di dimissione, contatti telefonici al bisogno.

Nome Cognome e firma del singolo ideatore del progetto o del rappresentante il gruppo.

Irene Paruscio



AGeSPI Associazione Gestori Servizi Sociosanitari e Cure Post Intensive - Nazionale

Via Bernardino Telesio, 4 - 00195 Roma (RM)

C.F. 97603210580