



TEMPI D'ATTESA

PER L'ACCESSO ALLE UNITA' D'OFFERTA

| UNITA' D'OFFERTA | TEMPI MEDI D'EROGAZIONE | TEMPI DEFINITI DALLA NORMATIVA | CRITERIO DI FORMAZIONE DELLE LISTE D'ATTESA |
|------------------|-------------------------|---|---|
| C-DOM | 24/72 ore | <p>La presa in carico (ossia il tempo che trascorre dalla data del primo contatto alla definizione del PAI) è garantita: entro 72 ore fatte salve eventuali necessità di continuità assistenziale da garantire in corso di dimissioni protette. anche successive alle 72 ore per prestazioni differibili a giudizio dell'inviante</p> | <p>Non esiste lista d'attesa.</p> <p>Le richieste di attivazione del servizio, presso il punto unico di accesso, sono presentate dalla persona, dalla sua famiglia o da altre figure o servizi professionali abilitati: MMG/PDF, infermieri di famiglia, reparti ospedalieri, servizi di PS, centrali di dimissione protetta, servizi di degenza ospedaliera o extra-ospedaliera (cure intermedie, ospedali di comunità). È previsto anche l'accesso diretto alla Casa della Comunità (per le cure domiciliari integrate). L'attivazione delle cure domiciliari avviene con prescrizione del MMG/PDF su ricettario regionale per utenti che necessitano di assistenza/riabilitazione e non possono recarsi presso strutture sanitarie poiché impossibilitati a spostarsi dal domicilio con i comuni mezzi di trasporto.</p> <p>Nelle ipotesi in cui il MMG/PLS non possa procedere a tale compilazione, ferma restando in capo allo stesso la prescrizione sulla ricetta, vi provvede l'EVM del distretto ai fini della formulazione del Progetto individuale (PI). Se la richiesta avviene a cura di figure diverse dal MMG/PDF della persona, il Distretto (CdC) trasmette la necessaria comunicazione e la relativa documentazione al MMG/PDF.</p> <p>Il MMG/PDF compila la scheda unica di triage nell'ambito del sistema di gestione digitale del territorio, trasmettendola, attraverso il sistema stesso, al Distretto di residenza o di domicilio dell'assistito.</p> <p>Ricevuta dal MMG/PLS la prescrizione di C-DOM di base e la scheda unica di triage, l'EVM del distretto procede, in prospettiva nell'ambito del sistema digitale del territorio, alla stesura del progetto individuale in risposta al bisogno valutato.</p> <p>Inoltre, l'EVM del distretto, procede alla verifica dei criteri di accesso e di eventuali incompatibilità, ai fini dell'ammissione al servizio di cure domiciliari/ADI, secondo i seguenti livelli e strumenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Valutazione di primo livello: effettuata in occasione di ogni primo contatto a chi |

| | | | |
|-------------------------|------------|--|--|
| | | | <p>esprime la domanda/richiesta di cure domiciliari.</p> <p>□ VMD di secondo livello: utile per orientare risposte complesse a bisogni complessi. La persona o la sua famiglia ricevono la comunicazione dell'avvenuta conclusione del processo e la lista dei possibili erogatori pubblici e privati attivi nel proprio territorio; può quindi procedere alla propria libera scelta e comunicare tale decisione - anche per via telefonica o digitale - al Distretto e all'erogatore selezionato.</p> <p>Dopo che l'assistito/caregiver ha individuato l'ente erogatore e sottoscritto il modulo "Scelta ente", la presa in carico si realizza con l'attivazione di un PI/PRI strutturato dall'equipe dell'EVM.</p> <p>La Bergamo Sanità Cooperativa sociale on.l.u.s., in qualità di ente erogatore, comunica la decisione dell'utente al Distretto. Nel caso di CD integrate, riceve dal distretto, in prospettiva attraverso il sistema digitale del territorio - i dati della VMD e il PI (obiettivi di cura, la tipologia degli interventi, la relativa durata, le figure professionali coinvolte e l'impegno assicurato dal caregiver familiare/informale).</p> |
| RSA aperta | 45 Giorni | <p>valutazione REQUISITI di ACCESSO entro 5 giorni lavorativi dalla data di ricezione domanda (3 giorni lavorativi per Val Brembana)</p> <p>valutazione domiciliare con il Medico (VMD) entro 10 giorni dalla data di valutazione requisiti</p> <p>attivazione del servizio entro 30 giorni dalla valutazione domiciliare (VMD).</p> <p>TOT: 45 Giorni</p> | <p>Criterio definito in base all'ordine cronologico di arrivo delle Richieste.</p> <p>Poiché Bergamo sanità è l'ente gestore ma non accreditato per erogare RSA APERTA, bisogna considerare che la gestione della lista d'attesa non è totalmente a carico di Bergamo Sanità, ma dipende in buona parte dalle scelte dell'ente accreditato.</p> |
| RSA Oasi San Pellegrino | 10/12 Mesi | <p>Non ci sono tempistiche definite dalla normativa in quanto dipende dalla disponibilità della struttura (dai posti liberi).</p> | <p>I criteri sono dettati dalla scheda sanitaria e sociale.</p> <p>Nella scheda sanitaria redatta dal MMG sono raccolti dati anamnestici, diagnosi, terapia in atto e scheda del grado di dipendenza delle attività di vita quotidiana; nella scheda sociale invece dati relativi alla abitazione, al supporto della rete familiare e sociale. Tutti questi dati concorrono alla redazione della scheda Sosia. La lista d'attesa si basa sulle caratteristiche dell'ospite.</p> |
| SAD | 2/3 giorni | 5 giorni lavorativi | <p>Richiesta inoltrata dell'interessato o di colui che agisce per suo conto, oppure su proposta dell'assistente sociale scegliendo tra gli enti accreditati dall'Ambito che l'assistente sociale presenterà a colloquio e presa in carico del paziente entro le tempistiche definite dalla normativa.</p> |

| | | | |
|---------|-----------|---|--|
| UCP-DOM | 24/72 ore | colloquio di presa in carico con i familiari (e se possibile con la persona malata) il prima possibile e/o entro 24 ore dalla segnalazione prima visita entro 48 ore dal colloquio, salvo differenti esigenze espresse dalla famiglia | Non esiste lista d'attesa. Per le UCP-DOM a seguito della segnalazione e accesso alla Rete delle Cure Palliative avviene: colloquio di valutazione della segnalazione, di norma effettuato presso la sede delle strutture residenziale/UCP Dom accreditata, con i familiari e, qualora ritenuto possibile, con il malato, per l'individuazione del più appropriato setting assistenziale e la verifica della sussistenza dei criteri di eleggibilità definiti nella DGR n. 4610/2012. |
|---------|-----------|---|--|

Aggiornamento: giugno 2023.