



# ANALISI DELLE PROCEDURE "AS-IS" CASA DELLA SALUTE DI SIDERNO

Assistenza tecnica all'applicazione delle Linee Guida regionali: "Modello organizzativo e percorso di attuazione delle Case della Salute"

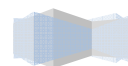
**Formez PA**

marzo '14



## INDICE

INTRODUZIONE.....	3
RISPONDEZA ALLE LINEE GUIDA REGIONALE SULLE CURE DOMICILIARI.....	5
OSSERVAZIONI SULLE ATTIVITÀ.....	8
OSSERVAZIONI CONCLUSIVE E INDIRIZZI STRATEGICI.....	10
ALLEGATI.....	11



## INTRODUZIONE

Nell'ambito delle attività di assistenza tecnica alla Regione per l'applicazione delle Linee Guida relative alla realizzazione delle Case della Salute in Calabria, è previsto il supporto alla definizione di procedure operative con cui sarà gestito il processo di "presa in carico del paziente". In particolare, le procedure si riferiscono all'accesso attraverso il PUA ed alla erogazione a domicilio di prestazioni "personalizzate" (PAI).

In tale contesto, l'attività di assistenza tecnica viene svolta in due steps successivi in base alle migliori e più consolidate prassi e metodologie utilizzate nell'organizzazione dei processi:

- analisi delle procedure attuali (as-is)
- definizione delle nuove procedure (to-be)

Il presente documento raccoglie ed illustra l'esito della prima fase d'intervento ("analisi as-is") delle richiamate procedure attualmente in vigore nell'ASP di Reggio Calabria per il Distretto in cui ricade la costituenda Casa della Salute di Siderno.

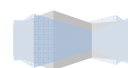
Nelle conclusioni, sono elencati i principali punti di attenzione messi in luce dall'analisi e su cui, salvo diversa e motivata indicazione da parte della Regione e/o dell'ASP, sarà impostato il secondo step dell'intervento.

Negli Allegati, infine, sono illustrate le procedure operative vigenti rappresentate sia in forma di diagramma di flusso che di tavole descrittive. Ai fini di una loro migliore lettura si tengano presenti le seguenti note metodologiche:

- il processo di "presa in carico" può essere segmentato nelle seguenti 6 fasi successive:
  - Accesso
  - Valutazione
  - Presa in carico
  - Erogazione
  - Monitoraggio
  - Dimissione
- la gestione di tale processo nel contesto esaminato avviene con prassi e modalità operative che sebbene non siano codificate all'interno di manuali di procedure aziendali, sono riconducibile a due distinte procedure operative di seguito denominate:
  - PR01 Gestione PUA
  - PR02 Gestione ADI
- per ogni procedura sono individuate le attività di cui essa si compone. Le attività sono singolarmente denominate e numerate in progressione. Per ciascuna di loro, inoltre viene indicata:
  - la descrizione dei contenuti
  - la struttura (interna o esterna all'ASP) che risponde dell'attività,
  - la figura che la svolge (profilo e ruolo),
  - eventuali documenti prodotti (output) o acquisiti dall'esterno (input),
  - eventuali software impiegati per la sua esecuzione.

Nei diagrammi di flusso sono evidenziate:

- in giallo le attività di responsabilità del servizio ADI

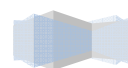


- in verde le attività svolte dal case manager
- in azzurro le attività svolte dal MMG in qualità di care manager
- in rosa le attività svolte dal care giver.

Nella rilevazione dell'AS-IS per ciascuna attività sono stati rilevati (ove disponibili) i tempi relativi alla durata dell'attività (tempo intercorrente tra la fine dell'attività precedente e l'inizio di quella successiva) e quello di sua esecuzione (tempo effettivo di impiego del personale addetto).

I risultati di questa ultima rilevazione, in quanto non sempre disponibili e/o documentalmente riscontrabili, non sono stati inclusi nel presente documento. Essi, tuttavia potranno costituire una base di partenza per eventuali analisi nell'ambito di scelte e decisioni da prendere nella successiva fase di reingegnerizzazione.

In ultimo si osservi che per la denominazione delle UO e delle figure professionali coinvolte (ruoli e profili) nel processo sono stati usati gli acronimi indicati nelle Linee guida Regionali per la realizzazione delle Case della Salute ed altri di nuova creazione inerenti figure esterne alla Casa della Salute (es. il Comune, il care giver, l'ospedale etc.). Ciò consente di dare omogeneità e consecutività con il lavoro precedente di assistenza tecnica ma anche di avere un riscontro più immediato delle differenze tra le procedure as-is e quelle to-be che saranno calate all'interno delle Case della salute.



## RISPONDEZZA ALLE LINEE GUIDA REGIONALI SULLE CURE DOMICILIARI

Viene di seguito confrontata la rispondenza delle attuali procedure operative agli aspetti cardine disciplinati nelle Linee guida Regionali in esame (DPGR n. 12 del 31/01/11 e DPGR n. 185 del 4/12/2012), in tema di:

- Dotazione organica
- Gestione del PUA
- Dimissione protetta
- Valutazione del bisogno e definizione del PAI
- Adempimenti SIAD

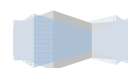
### DOTAZIONE ORGANICA

Le figure professionali presenti negli uffici di F.O e B.O. del PUA e nel servizio ADI, non sono coerenti con quanto previsto dalle Linee Guida regionali come rappresentato nella tabella seguente, dove è inserita la dotazione minima prevista dalla citata normativa e quella effettivamente ad oggi in servizio presso la struttura PUA e nel servizio ADI del Distretto della Locride (B.O. di Caulonia):

STRUTTURA	FIGURE PROFESSIONALI	PREVISTE	PRESENTI	Δ
Front Office	Assistente sociale	2,0	-	- 2,0
	Infermiere	-	-	0,0
	Medico	-	-	0,0
	Amministrativo	-	-	0,0
	<b>Totale FO</b>	<b>2,0</b>	<b>0,0</b>	<b>- 2,0</b>
Back Office	Assistente sociale	1,0	2,0	1,0
	Infermiere	3,0	-	- 3,0
	Medico	1,0	3,0	2,0
	Amministrativo	2,0	-	- 2,0
	<b>Totale BO</b>	<b>7,0</b>	<b>5,0</b>	<b>- 2,0</b>
ADI	Medico	-	1,0	1,0
	MMG	-	-	0,0
	Infermiere	18,0	-	- 18,0
	Operatore Socio Sanitario	9,8	-	- 9,8
	Tecnico della Riabilitazione	5,8	-	- 5,8
	Psicologo	0,3	-	- 0,3
	Dietista	1,0	-	- 1,0
<b>Totale ADI</b>	<b>34,9</b>	<b>1,0</b>	<b>- 33,9</b>	
<b>TOTALE</b>		<b>43,9</b>	<b>6,0</b>	<b>- 37,9</b>

**Nota:** I dati della tabella sono espressi in termini di FTE (risorse a tempo pieno) e le risorse previste sono quelle calcolate dall'ASP in applicazione delle citate Linee guida e indicate nel proprio Studio di Fattibilità approvato per la realizzazione della Casa della salute di Siderno. Per quanto riguarda il servizio ADI la dotazione organica della CdS prima menzionata prevede anche l'impiego dei MMG che operano nella struttura per un monte orario corrispondente a 8 risorse FTE.

**Nota 2:** In aggiunta al personale indicato, si segnala la presenza nell'UVM di personale proprio (un responsabile ed 2 addetti) oltre ai membri della commissione sia "permanenti" che individuati di volta in volta.



## GESTIONE PUA

Le Linee guida di cui al DPGR n. 185 del dicembre 2012 recepiscono le precedenti emesse nel gennaio 2011 esplicitando le modalità organizzative con cui si realizza il raccordo tra il BO e l'UVM all'interno del PUA. In particolare, fermo restando il ruolo del BO quale "cabina di regia del PUA" all'interno del processo di presa in carico, l'UVM si pone come elemento cardine per la fase della valutazione dei bisogni complessi.

A tale fine, l'UVM è un organismo attivato su richiesta del BO che le fornisce a supporto del suo funzionamento il personale amministrativo necessario. Inoltre, all'interno del BO è presente anche il ruolo del case manager la cui attività di gestione e controllo del PAI avviene anche a supporto dei compiti di monitoraggio e rivalutazione attribuiti all'UVM.

Nel caso del Distretto della Locride il BO di Caulonia svolge anche le funzioni di FO e sebbene non esista un servizio PUA strutturato come nelle citate Linee guida le procedure e prassi operative con cui avviene il coordinamento tra UVM e BO sono coerenti con le Linee guida in esame.

Inoltre si segnalano i seguenti punti di attenzione:

**[Rif. par. 2.1 DPGR n. 12 del 31/01/11]** - "...il PUA è un organismo unitario che si fa carico di agevolare l'accesso del cittadino all'offerta dei servizi territoriali, attraverso il raccordo operativo tra ASP e Comuni."

L'organizzazione del PUA del Distretto della Locride attua solo parzialmente quanto previsto dalle "Linee guida sul sistema di cure domiciliari e l'accesso ai servizi territoriali" in tema di raccordo operativo e condivisione di responsabilità con i comuni del territorio. Infatti, per le richieste che rivestono carattere sociale il B.O. del PUA si limita alla segnalazione, seppur con nota scritta, al Comune di appartenenza del paziente.

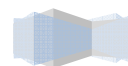
**[Rif. par. 2.2 DPGR n. 12 del 31/01/11]** - "...il PUA è il gestore della banca dati relativa agli assistiti".

Al momento attuale, il BO non è fornito di sistemi informativi per la gestione di una banca dati degli assistiti. Ad oggi, solo nell'ufficio ADI, si segnala la presenza di un file elettronico per la gestione dei dati dei pazienti e dei dati relativi alle prestazioni effettuate, realizzato per il solo uso personale del responsabile del servizio (vd. PR02 attività n. 7).

## DIMISSIONE PROTETTA

**[Rif. par. 4.4 DPGR n. 12 del 31/01/11]** - "...La richiesta di accesso è rappresentata dal medico responsabile del reparto ospedaliero al B.O. del PUA, entro 72 ore prima della dimissione. Il B.O. del PUA stabilisce se è necessaria una valutazione multidimensionale e, nel caso, invia l'UVM in ospedale. Nell'UVM deve essere presente il medico ospedaliero e il MMG".

Per quanto riguarda la dimissione protetta, le richieste dai reparti ospedalieri vengono inviate al PUA in conformità a quanto previsto nelle citate Linee guida. Tuttavia, riguardo al rispetto dei tempi previsti non è stato possibile effettuare alcun riscontro.



## VALUTAZIONE DEL BISOGNO E DEFINIZIONE DEL PAI

**[Rif. par. 3.4 DPGR n. 12 del 31/01/11]** - "...Il PAI deve definire esplicitamente ed in maniera analitica: obiettivo da raggiungere, regime prestazionale, tipologia di servizi e prestazioni, figure professionali da impiegare, data di avvio, cadenza interventi, durata piano con previsione di verifica intermedia e finale, modalità di dimissione in relazione al raggiungimento obiettivi. Inoltre deve esplicitare competenze e funzioni del case manager e del care giver... al MMG è riconosciuto il ruolo di care manager..."

La modulistica predisposta dall'ASP per la redazione del PAI è conforme alle previsioni delle Linee guida. Tuttavia, nelle procedure e prassi operative rilevate non c'è evidenza dell'attività programmata di un case manager e di un care manager, né di una pianificata attività di valutazione intermedia e finale. Valutazioni intermedie avvengono in maniera non programmata durante l'erogazione delle prestazioni. Al termine del PAI non risulta alcuna attività di controllo finale né la redazione di una relazione conclusiva.

**[Rif. par. 4.2 DPGR n. 12 del 31/01/11]** - "...Il B.O. si attiva per il completamento della documentazione necessaria alla valutazione multidimensionale e trasmette l'istanza al responsabile dell'UVM..."

**[Rif. par. 4.3 DPGR n. 12 del 31/01/11]** - "il responsabile UVM ha facoltà di predisporre ulteriori approfondimenti, convoca la seduta di valutazione e di definizione del PAI....Definito il PAI il team assistenziale dispone, al domicilio dell'assistito, di una cartella su cui riportare la cronologia degli accessi e gli interventi effettuati. La corretta tenuta della cartella è cura del care manager."

L'attuale procedura operativa di funzionamento del B.O. e dell'UVM del Distretto di Siderno risponde per la maggior parte alle linee guida summenzionate. Tuttavia, come detto risulta carente l'attività di monitoraggio del MMG nella sua qualità di care manager.

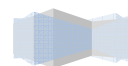
## ADEMPIMENTI SIAD

**[Rif. par. 5.2 DPGR n. 12 del 31/01/11]** - "...Il sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare, istituito con DM del 17 dicembre 2008 e attivo dal 1 gennaio 2010, prevede la raccolta sistematica di informazioni su:

- caratteristiche anagrafiche
- valutazione e/o rivalutazione socio sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali
- erogazione dell'assistenza
- sospensione della presa in carico
- dimissione dell'assistito

La regione provvede alla redazione di un rapporto biennale sulle cure domiciliari usando i dati sopraindicati e quelli sulla integrazione socio-sanitaria."

Non è stato rilevato un flusso di dati strutturati e temporalmente cadenzati per gli adempimenti previsti ai fini del debito informativo SIAD.



## OSSERVAZIONI SULLE ATTIVITÀ

La mappatura dei processi attuali ha consentito di esaminare le attività di cui essi si compongono, sottoponendole a due diversi livelli di analisi: Funzionale e delle Criticità.

### ANALISI FUNZIONALE

Con riferimento al primo livello (Analisi funzionale), le attività vengono classificate nelle seguenti tre tipologie:

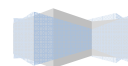
- **Attività necessarie:** la cui presenza all'interno del processo è indispensabile allo svolgimento dello stesso. Nella reingegnerizzazione del processo esse potrebbero essere modificate nei modi di esecuzione e/o nelle responsabilità, ma saranno comunque presenti;
- **Attività a valore aggiunto:** sono quelle non indispensabili ai fini dello svolgimento del processo, ma la cui presenza può determinare un miglioramento dello stesso (es: maggiore qualità del servizio; maggiore tempestività della risposta; maggiore tracciabilità dei percorsi; ecc). Nella reingegnerizzazione del processo tali attività potrebbero essere modificate e/o eliminate, nel caso in cui una efficace organizzazione delle stesse risulti troppo onerosa in termini di risorse o di tempi di esecuzione;
- **Attività ridondanti:** sono tutte quelle duplicate e/o non necessarie ai fini di un corretto svolgimento del processo. Nella reingegnerizzazione del processo tali attività saranno eliminate.

Nella tabella seguente sono evidenziate le attività che ricadono nelle ultime due tipologie sopra descritte:

PROCEDURA	N. ATTIVITÀ	NOME	TIPO
01 - PUA	1	Ricezione e protocollo richieste	Valore aggiunto <sup>1</sup>
	3	Segnalazione caso non sanitario al Comune	Valore aggiunto <sup>2</sup>
	4	Comunicazione al MMG	Valore aggiunto <sup>3</sup>
	8	Protocollo e trasmissione del fascicolo all'UVM	Ridondante
	9	Protocollo fascicolo all'interno dell'UVM	Ridondante
	13	Comunicazione al MMG e al Care giver	Valore aggiunto <sup>4</sup>
	16	Preparazione lettera di trasmissione PAI	Ridondante
02 - ADI	17	Protocollo e trasmissione PAI	Ridondante
	7	Registrazione dati gestionali	Valore aggiunto <sup>5</sup>
	13	Redazione verbale di monitoraggio	Valore aggiunto <sup>6</sup>
	15	Compilazione questionario di fine assistenza	Valore aggiunto <sup>7</sup>

**Note:** Di seguito alcuni possibili interventi di modifica per le attività a Valore Aggiunto

1. Attivazione di un protocollo informatico come punto di avvio del processo di gestione del paziente/utente
2. Concordare un percorso con i Comuni per la gestione del bisogno sociale e l'aggiornamento del percorso del paziente/utente
3. Prevedere un percorso di possibili interventi e supporti attraverso i quali il MMG si renda effettivamente responsabile della continuità assistenziale.
4. Prevedere un percorso di possibili interventi e supporti attraverso i quali il MMG si renda effettivamente responsabile della continuità assistenziale
5. Rappresenta, in embrione, il record del paziente che deve però essere implementato
6. Modificare, nel senso di riconoscere la responsabilità del MMG quale Care Manager valutatore del caso
7. Integrare secondo modalità di controllo qualità





## ANALISI DELLE ATTIVITÀ CRITICHE

Con riferimento al secondo livello di analisi, si individuano le attività chiave (attività critiche) attraverso il controllo delle quali è possibile governare il processo.

In altri termini, ogni processo può essere tenuto sotto controllo identificando e monitorando i momenti cardine del suo svolgimento. Le attività critiche vengono identificate in quanto si tratta di quelle determinanti per la durata del processo o per la sua efficacia. Le prime vengono denominate "Time leading" (TL), le seconde "Outcome leading" (OL).

Nella tabella seguente sono elencate le attività critiche individuate e per ognuna di esse è riportata la tipologia, il tipo di controllo attualmente previsto dalle procedure aziendali e una valutazione di merito sulla capacità di tale controllo di garantire l'effettivo presidio dell'attività stessa e di conseguenza la capacità della procedura di consentire il governo del processo.

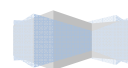
PROCEDURA	N. ATTIVITÀ	NOME	TIPO	CONTROLLO	LIVELLO
01- PUA	2	Esame richieste	TL	Nessuno	Basso
	5	Organizzazione visita domiciliare	TL	Nessuno	Basso
	6	Visita a domicilio e compilazione schede	OL	Schede di valutazione monodimensionale	Medio
	10	Convocazione UVM e Care giver	TL	Riunione bisettimanale fissa	Medio
	11	Riunione UVM e valutazione caso	OL	SVAMA	Medio
	14	Richiesta consenso al PAI	TL	Nessuno	Basso
02 - ADI	2	Individuazione professionisti	OL	Elenco dei professionisti	Basso
	6	Organizzazione degli accessi	TL	Nessuno	Basso
	10	Segnalazione nuovi bisogni all'ufficio ADI	OL	Nessuno	Basso
	16	Trasmissione diari assistenziali	OL	Consegna diari a fine PAI al RU ADI	Basso

Inoltre, si segnalano i seguenti punti di attenzione relativi ad alcune delle attività previste dalle vigenti procedure operative.

### Procedura PR01 - Gestione PUA

Attività 3: Non è previsto alcun feedback sui casi inviati per competenza sociale ai Comuni.

Attività 14: Considerare la possibilità di nuove modalità esecutive nell'ottica di una maggiore attenzione alle esigenze del paziente (es: firma del care giver o del paziente contestualmente all'inizio delle prestazioni assistenziali).



**PR02 - Gestione ADI**

Attività 6: L'organizzazione degli accessi gestita direttamente ed esclusivamente dai singoli professionisti oltre a non garantire il governo dei tempi del processo denota una carenza di responsabilità nel governo del processo da parte dell'ASP.

Attività 9: Gli operatori annotano su un proprio modulo cartaceo (diario assistenziale) la data, l'ora e la prestazione eseguita, non c'è richiesta di riscontro da parte del paziente e non c'è controllo da parte dell'ufficio ADI fino alla conclusione degli interventi di assistenza.

Attività 10: La segnalazione di eventuali modifiche dello stato di salute dell'assistito, avviene informalmente, quasi sempre telefonicamente, senza altra registrazione. In ogni caso non è garantito né prevista una centralità del MMG nel ruolo di Care manager.

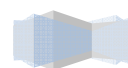
**OSSERVAZIONI CONCLUSIVE E INDIRIZZI STRATEGICI**

Alla luce di quanto sopra esposto, emergono considerazioni generali su punti di debolezza delle attuali procedure, elementi sulla cui rimozione e/o miglioramento dovrebbe essere incentrata la prossima attività di reingegnerizzazione.

- Carenza di personale;
- Assenza di una chiara ripartizione dei compiti Front - Back Office
- Assenza della figura del case manager;
- Carenza di una attività strutturata di monitoraggio ed con particolare riferimento al MMG nel ruolo di care manager;
- Limitata interazione con i processi gestiti dai Comuni;
- Assenza di sistemi informativi per la gestione univoca ed integrata della anagrafica e dei processi operativi di assistenza, da cui originano "distorsioni" operative<sup>1</sup> e l'impossibilità di fatto della creazione del "record" unico del paziente;
- Assenza di un documento medico conclusivo di chiusura del PAI;
- Limitate verifiche di qualità sulle prestazioni erogate e sulle tempistiche;
- Carenza di interazione e feedback con il cittadino/utente;
- Il rapporto Ospedale/PUA, rilevato nella procedura di dimissioni protette, non consente l'alimentazione di una base dati informativa unica utile per la gestione delle malattie croniche nell'ottica della continuità assistenziale e di un approccio di medicina proattiva di tutti gli assistiti (anche quelli che non accedono al PUA).

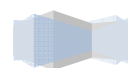
---

<sup>1</sup> Quali ad esempio l'esistenza di due distinti fascicoli del paziente, uno nella sede del PUA e l'altro nella sede dell'ADI; dei quali non emerge mai un momento di riunificazione neanche alla fine del processo.



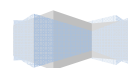
## ALLEGATI

1. PR01 GESTIONE PUA SIDERNO (FLOW CHART E TAVOLA DESCRITTIVA)
2. PR02 GESTIONE ADI SIDERNO (FLOW CHART E TAVOLA DESCRITTIVA)
3. LEGENDA ACRONIMI UTILIZZATI NEI FLOW CHARTS E TAVOLE DESCRITTIVE

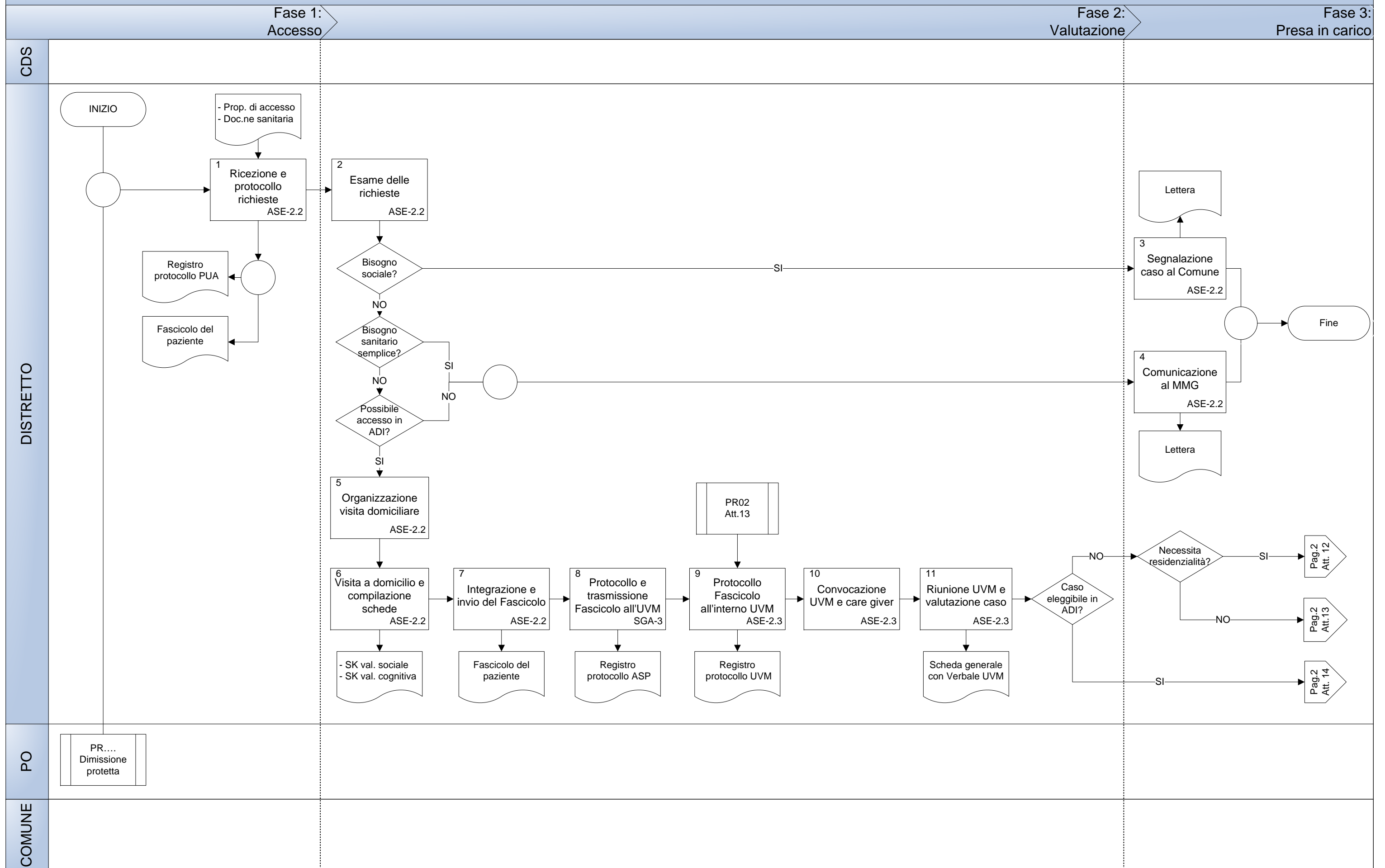


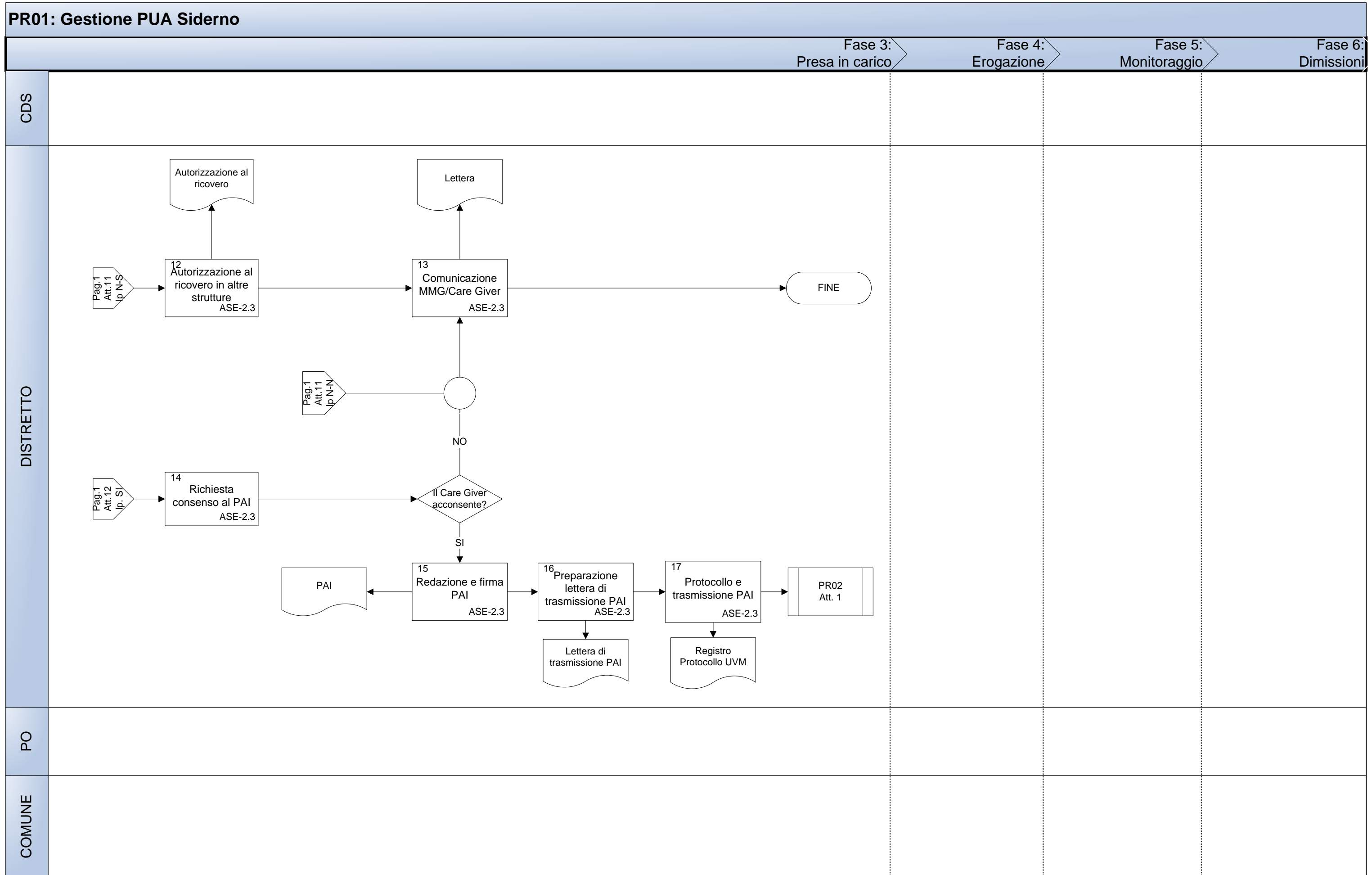
# ALLEGATO 1

PR01 GESTIONE PUA SIDERNO (FLOW CHART E TAVOLA DESCRITTIVA)



**PR01: Gestione PUA Siderno**





## PROC: PR01 - GESTIONE PUA SIDERNO

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
1	<p>Il personale in servizio presso il BO del PUA del distretto della Locride, riceve le richieste di assistenza e le inserisce all'interno di un fascicolo intestato al paziente. Il fascicolo viene protocollato (secondo l'ordine di arrivo) riportando data e numero di protocollo sull'apposito registro cartaceo.</p> <p><b>NOTA:</b> La richiesta di accesso si compone di due parti separate, una a firma del paziente (parte generale) e l'altra a firma del medico curante (parte sanitaria). Inoltre, alla domanda di accesso può essere allegata copia della documentazione sanitaria in possesso dell'assistito utile alla valutazione. Tutta la documentazione viene presentata al back office del PUA ubicata nel Distretto della Locride. Questo è composto da un dirigente medico (responsabile del servizio), un infermiere e un'assistente sociale. La richiesta (inviata via fax e/o consegnata a mano) può provenire da:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medico curante o altro medico di MMG/PLS</li> <li>- Medici Specialisti di strutt. pubblica e/o privata o liberi professionisti</li> <li>- Medici di Continuità Assistenziale</li> <li>- Servizi Sociali</li> <li>- Associazioni di Volontariato</li> <li>- Parenti/tutori</li> <li>- Forze di sicurezza (polizia/carabinieri etc )</li> <li>- Autorità Giudiziaria ( tribunale dei minori ad esempio ma non solo)</li> <li>- Assistito</li> <li>- Chiunque riconosce in una persona uno stato di necessità sia esso sociale o sanitario o socio/sanitario</li> </ul>	ASE-2.2	AD - ASS	<p>Proposta di accesso</p> <p>Copia documentazione sanitaria (eventuale)</p>	<p>Registro protocollo PUA</p> <p>Fascicolo paziente</p>	
2	Il personale, dopo avere provveduto al protocollo, esamina le richieste e l'ulteriore documentazione allegata al fine di verificare il carattere del bisogno espresso: sociale, sanitario semplice o sanitario complesso.	ASE-2.2	AD - ASS			
3	<p>Se a seguito della valutazione fatta, viene rilevato un bisogno di tipo sociale, l'assistente sociale del back office segnala il caso ai servizi sociali del Comune di residenza. A tale fine invia richiesta scritta nella quale si indica anche il tipo di prestazione che sarebbe opportuno erogare</p> <p><b>NOTA:</b> Solo informalmente viene dato esito del percorso sociale a cura del Comune.</p>	ASE-2.2	RU - MSA		Lettera al comune	

## PROC: PR01 - GESTIONE PUA SIDERNO

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
4	<p>Se dalla valutazione viene valutata la necessita di soddisfare un bisogno sanitario semplice, oppure complesso ma che non può essere trattato in ADI, l'esito di tale valutazione si comunica, con una lettera a firma del RU, al MMG del paziente.</p> <p><b>NOTA:</b> Nella lettera viene indicato che il paziente può essere assistito con altri setting di cura presso altre strutture pubbliche e private accreditate del territorio. L'utente sceglie in proprio la sede per le prestazioni. Il Paziente sull'esito della valutazione viene informato dal MMG</p>	ASE-2.2	RU - MSA		Lettera al MMG/PLS	
5	Se invece, a seguito dell'esame della documentazione viene rilevata una potenziale accessibilità al servizio ADI, un operatore del back office prende contatto telefonicamente con il paziente e/o suo familiare per concordare la data e l'ora della visita domiciliare	ASE-2.2	AD - ASS			
6	<p>Nel giorno e all'ora concordata telefonicamente, il personale del PUA si reca al domicilio del paziente ed effettua la visita al fine di valutare l'effettiva esistenza delle condizioni per l'accesso in ADI. Durante la visita domiciliare il personale del PUA che svolge la visita compila due schede di valutazione denominate scheda di valutazione sociale con la quale vengono rilevati dall'assistente sociale del pua del back office la situazione abitativa, economica ecc. e un'altra scheda di valutazione cognitiva funzionale. Quest'ultima scheda può essere redatta solo dal medico o dall'infermiere del back office.</p> <p><b>NOTA:</b> la visita è tesa a valutare la situazione cognitiva, comportamentale, funzionale sulle capacità del paziente riguardo (alimentazione – igiene – abbigliamento - mobilità ecc). La scheda di valutazione sociale è articolata per sezioni e contiene i dati personali del paziente, la sua residenza, lo stato civile il grado di istruzione, se gode di pensione, la sua ultima professione, il motivo della domanda di intervento e da chi è stata formulata. Una sezione della scheda indica i nominativi dei parenti tenuti agli alimenti. In altra sezione della scheda viene rilevata la situazione abitativa e la situazione economica ed infine una parte destinata alla valutazione finale dell'assistente sociale. La scheda cognitiva funzionale è articolata anch'essa in sezioni contenenti: domande per la valutazione cognitiva, per la situazione comportamentale, funzionale e di mobilità.</p>	ASE-2.2	AD - ASS		<p>Scheda (SK) di valutazione sociale</p> <p>Scheda (SK) di valutazione cognitiva e funzionale</p>	



## PROC: PR01 - GESTIONE PUA SIDERNO

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
7	Al termine della visita domiciliare, gli operatori che l'hanno eseguita, raccolgono all'interno del Fascicolo del paziente le schede da loro compilate e lo consegnano brevi manu all'ufficio protocollo del Distretto.	ASE-2.2	AD - ASS		Fascicolo paziente	
8	Il personale dell'ufficio protocollo del Distretto riceve il fascicolo, lo protocolla e provvede all'inoltro all'ufficio UVM.  <b>NOTA:</b> L'Unità di valutazione Multidisciplinare (U.V.M.) è una equipe professionale con competenze multidisciplinari, il cui obiettivo è quello di valutare il bisogno complesso della persona e definire di conseguenza il Piano di Assistenza Individuale (PAI). La composizione dell'U.V.M è stabilita dal Decreto Regionale n°12/2011 e prevede le seguenti figure stabili: - .Referente Medico (Dirigente Medico del Distretto) - Infermiere - Assistente Sociale - Operatore amministrativo - Medico specialista Geriatra per la valutazione di soggetti anziani (> 65 anni ) - Medico curante (MMG/PLS) cui si aggiungono di volta in volta componenti a chiamata individuati a seconda dei casi (es. medico specialista di branca, terapeuta della riabilitazione, psicologo).	SGA-3	AD - STAFF		Registro protocollo ASP	
9	Il personale in servizio presso l'UVM riceve e protocolla su un proprio registro cartaceo interno il Fascicolo trasmesso dall'ufficio protocollo del Distretto e lo consegna al Responsabile dell'UVM.	ASE-2.3	AD - STAFF		Registro protocollo UVM	
10	Il dirigente medico dell'UVM, ricevuto il fascicolo, convoca i componenti dell'UVM per effettuare la seduta e trattare il caso in esame. Contestualmente vengono invitati sia il paziente se deambulante, il care giver e il MMG/PLS.  <b>NOTA:</b> la convocazione è rivolta soprattutto ai professionisti che non fanno parte stabilmente dell'UVM e al care giver il cui consenso al PAI (che sarà elaborato nel caso di esito favorevole) è determinante per l'attivazione dello stesso. Di norma la convocazione è fatta telefonicamente.	ASE-2.3	RU - MSA			

## PROC: PR01 - GESTIONE PUA SIDERNO

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
11	<p>L'UVM si riunisce due volte a settimana, per valutare i Fascicoli ricevuti. Per ciascuno di essi verifica, sulla base della documentazione ivi contenuta, la presenza delle condizioni di eleggibilità per l'ammissibilità ad un percorso di cura e di assistenza domiciliare. Al termine della valutazione compila la scheda di valutazione generale contenente anche il verbale UVM. Questa scheda insieme alle altre schede di valutazione, già contenute nel fascicolo, costituisce la SVAMA</p> <p><b>NOTA:</b> Se la documentazione ricevuta non è del tutto sufficiente ai fini valutativi, l'UVM può decidere di richiedere ulteriori approfondimenti, quali ad esempio altri esami emato/chimici o strumentali o visite specialistiche.</p>	ASE-2.3	RU - MSA		SVAMA (completa di verbale UVM)	
12	<p>Per i casi ritenuti non eleggibili per l'assistenza domiciliare ma per i quali è comunque necessario un trattamento presso strutture residenziali (assistenziali o riabilitative), il responsabile del PUA rilascia al paziente una autorizzazione (atto amministrativo) per il ricovero in RSA o per attività riabilitativa presso strutture pubbliche o private accreditate.</p> <p><b>NOTA:</b> Nell'autorizzazione non è riportata alcuna indicazione alla struttura cui rivolgersi in quanto sarà il paziente a scegliere la sede per le prestazioni. L'autorizzazione è consegnata al care giver presente alla riunione dell'UVM.</p>	ASE-2.3	RU - MSA		Autorizzazione al trattamento residenziale	
13	<p>In tutti i casi in cui dall'UVM viene valutata la non eleggibilità in ADI dell'interessato, il responsabile del PUA comunica al medico del paziente e al care giver che il paziente non è eleggibile in ADI e che si rendono necessari trattamenti con altri setting assistenziali.</p> <p><b>NOTA:</b> La comunicazione di norma è scritta e firmata al RU. Nel caso di urgenti necessità temporali, la comunicazione può essere fatta telefonicamente da un addetto del PUA</p>	ASE-2.3	RU - MSA		Lettera	

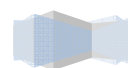
## PROC: PR01 - GESTIONE PUA SIDERNO

SUBP: -

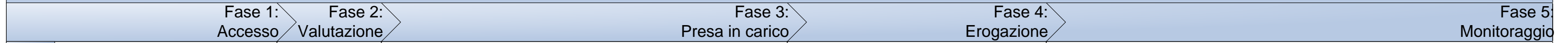
#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
14	Se nella seduta dell'UVM viene valutata positivamente la richiesta di assistenza in ADI, l'UVM prima di redigere il PAI richiede al Care giver (presente alla seduta UVM) il consenso al trattamento che si intende proporre.	ASE-2.3	RU - MSA			
15	Se c'è consenso da parte del care giver, si procede alla redazione del PAI e si chiede al care giver di voler firmare per approvazione. Dopo la firma del care giver il PAI è firmato per approvazione definitiva dal responsabile dell'UVM.  <b>NOTA:</b> Il P.A.I. non si redige se non c'è il consenso. Il PAI definisce esplicitamente e in maniera analitica: Obiettivi e risultati che si intendono raggiungere; Regime prestazionale (domiciliare, semiresidenziale, residenziale); Livello di intensità (1° - 2° - 3° ); Durata, L'individuazione del referente domiciliare (Care Giver) con il compito di seguire il paziente a domicilio anche dal punto amministrativo (compilazione atti notori ecc...) All'interno del P.A.I. è previsto il Piano Esecutivo condiviso con l'equipe operativa che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare. Questa parte esecutiva del PAI riporta: • Azioni specifiche- tipologia delle prestazioni – figure professionali impegnate; • Quantità – Modalità – Frequenza – Durata di ogni tipologia intervento/prestazioni necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (n° di accessi MMG/PLS – Consulenze Specialistiche programmate – n° ore giornalieri e settimanali di assistenza domiciliare – ore di assistenza giornaliera etc.); • Fornitura di presidi e materiali vari; • Tempi – strumenti di valutazione – verifica del progetto e eventuale rimodulazione	ASE-2.3	RU - MSA		PAI	
16	Dopo la firma del PAI, il Responsabile dell'UVM predispone una lettera di trasmissione del PAI all'ufficio ADI.	ASE-2.3	RU - MSA		Lettera di trasmissione PAI	
17	La lettera di inoltro del PAI all'ufficio ADI viene assunta al protocollo interno UVM e poi trasferita	ASE-2.3	AD - STAFF		Registro protocollo UVM	
18						
19						
20						

## ALLEGATO 2

PR02 GESTIONE ADI SIDERNO (FLOW CHART E TAVOLA DESCRITTIVA)



**PR02: Gestione ADI Siderno**

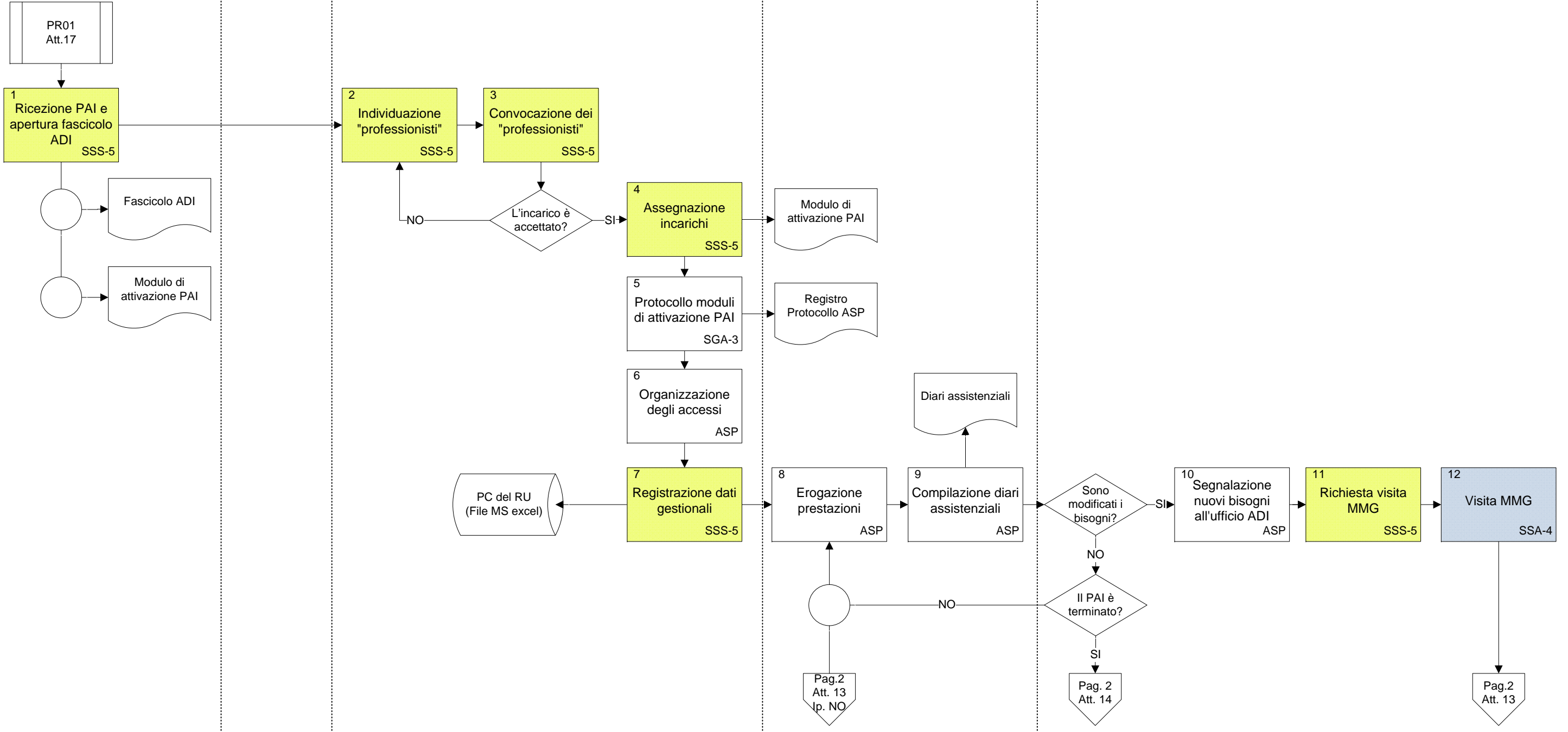


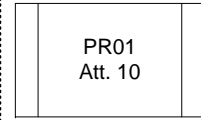
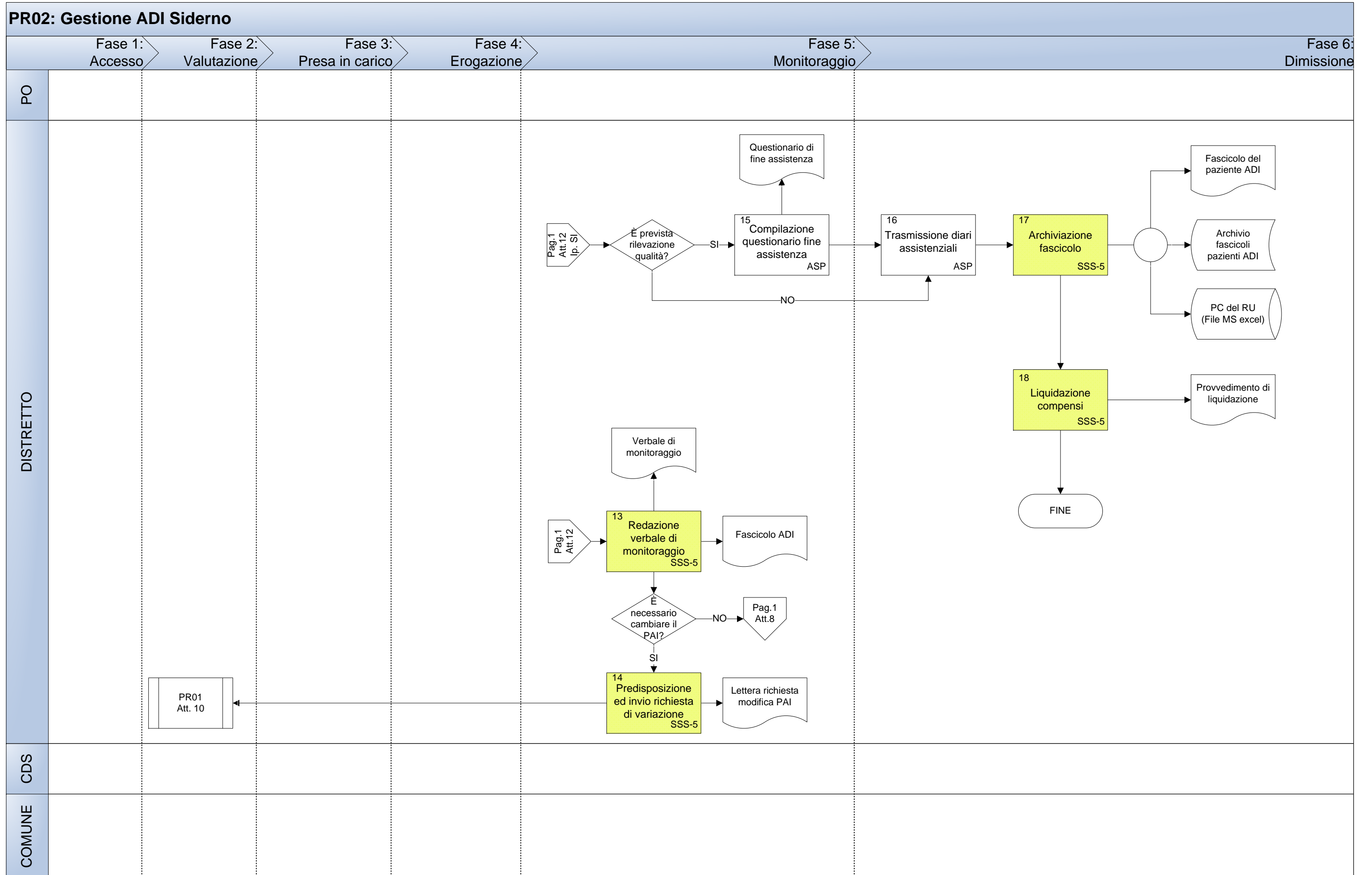
CDS

DISTRETTO

PO

COMUNE





## PROC: PR02 - GESTIONE ADI SIDERNO

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
1	<p>Il Responsabile dell'Ufficio ADI del Distretto della Locride riceve il PAI elaborato dall'UVM, lo inserisce in un fascicolo intestato al paziente, e inizia a predisporre il modulo per la sua attivazione, riportandovi i dati generali del PAI.</p> <p><b>NOTA:</b> Il modulo di attivazione serve il conferimento degli incarichi ai professionisti incaricati dell'esecuzione del PAI. In questa fase il Responsabile dell'ADI riporta nel modulo i dati generali identificativi del PAI e dell'assistito. Il modulo sarà completo ed operativo solo dopo la firma per accettazione dei professionisti. Si evidenzia che allo stato attuale l'ufficio ADI non ha altro personale che il suo responsabile.</p>	SSS-5	RU - MSA		<p>Fascicolo paziente ADI</p> <p>Modulo di attivazione PAI in ADI</p>	
2	<p>Il responsabile dell'Ufficio ADI, sulla scorta dei bisogni espressi dal PAI, individua (scegliendo da appositi elenchi) gli infermieri, i fisioterapisti e gli specialisti per l'attuazione del PAI.</p> <p><b>NOTA:</b> Gli elenchi del personale da utilizzare vengono redatti previa manifestazione di interesse da parte degli interessati a svolgere l'attività di ADI. Nell'elenco è presente sia personale interno all'ASP (autorizzato a svolgere tale attività al di fuori dell'orario di lavoro) che di imprese private autorizzate. L'assegnazione dei casi, per come previsto dal Regolamento ASP, viene effettuata tenendo conto di alcuni parametri tra cui le competenze tecniche degli operatori in relazione alla complessità del PAI e la vicinanza chilometrica tra abitazione del paziente ed abitazione dell'operatore che utilizza il mezzo proprio per svolgere il servizio.</p>	SSS-5	RU - MSA	Elenco specialisti abilitati		
3	Il personale scelto per le prestazioni domiciliari viene convocato telefonicamente dal responsabile dell'ufficio ADI presso l'ufficio ADI del distretto della Locride per l'accettazione dell'incarico.	SSS-5	RU - MSA			
4	<p>Se l'incarico viene accettato, il dirigente dell'ufficio ADI lo assegna formalmente. A tale fine richiede al professionista la firma per accettazione dell'incarico e consegna una copia del PAI e del modulo per l'attivazione PAI in ADI all'ufficio protocollo.</p> <p><b>NOTA:</b> Il modulo viene firmato anche dal responsabile ufficio ADI. Prima della consegna al professionista il RU deve far protocollare il modulo di attivazione.</p>	SSS-5	RU - MSA		Modulo di attivazione PAI in ADI	

**PROC: PR02 - GESTIONE ADI SIDERNO**

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
5	Protocollazione del modulo di attivazione PAI in ADI e consegna al professionista.	ASE-2.3	AD		Registro protocollo ASP	
6	I professionisti incaricati dell'erogazione del PAI, concordano telefonicamente con il paziente e/o il care giver il giorno e l'orario per il primo accesso.  <b>NOTA:</b> Durante il primo accesso il personale comunica la tipologia degli accessi (settimanale, quindicinali o mensili) previsti nel PAI (numero e durata) e concorda con il paziente o con il care giver il giorno e l'orario degli accessi successivi	ASP	AD - INF/ASS/TCR/ OSS/MSA			
7	Il personale dell'ufficio ADI inserisce all'interno di un proprio file elettronico i dati ritenuti utili per la gestione del servizio  <b>NOTA:</b> I dati registrati potrebbero essere rilevanti anche ai fini dell'assolvimento degli obblighi previsti dalla rendicontazione obbligatoria al Ministero della Salute (flussi informativi). Tuttavia l'archivio in questione non è costruito espressamente con tale finalità	SSS-5	RU - MSA		Archivio su PC del RU ADI (file excel)	Microsoft Excel
8	Nei giorni e negli orari concordati tra i professionisti e il paziente e/o il care giver, i professionisti incaricati dell'erogazione del PAI si recano a domicilio del paziente ed effettuano le prestazioni previste dal PAI secondo le indicazioni in esso contenute.  <b>NOTA:</b> Al primo accesso gli operatori lasciano a casa del paziente i propri Diari Assistenziali.	ASP	AD - INF/ASS/TCR/ OSS/MSA			
9	Ogni operatore al termine della prestazione annota sul proprio diario la data, l'orario e la prestazione eseguita  <b>NOTA:</b> Il diario è firmato dall'operatore e controfirmato dal paziente o suo familiare o care giver.	ASP	AD - INF/ASS/TCR/ OSS/MSA		Diari assistenziali	



## PROC: PR02 - GESTIONE ADI SIDERNO

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
10	Se durante le erogazioni delle prestazioni previste dal PAI, il professionista incaricato riscontra nuove necessità di assistenza, legate a modifiche significative dello stato generale dell'assistito, deve segnalare al responsabile dell'Ufficio ADI la possibilità che sia necessaria una revisione del PAI.  <b>NOTA:</b> La segnalazione avviene in modo informale quasi sempre telefonicamente	ASP	AD - INF/ASS/TCR/ OSS/MSA			
11	Il dirigente dell'Ufficio ADI distrettuale ricevuta la segnalazione di potenziale modifica del PAI, contatta il MMG dell'assistito e richiede una visita di controllo per la verifica di competenza	SSS-5	RU - MSA			
12	Il MMG effettua la visita di controllo di competenza a domicilio del paziente e verifica se sussistono i presupposti clinici per richiedere una variazione del PAI.	SSA-4	MG - MMG			
13	Il Responsabile del servizio ADI congiuntamente con il MMG che ha eseguito il controllo clinico a domicilio, redige un verbale di esito e valuta la possibilità di inoltrare all'UVM una richiesta di modifica del PAI e lo inserisce nel Fascicolo paziente ADI.	SSS-5	RU - MSA		Verbale di monitoraggio  Fascicolo paziente ADI	
14	Nel caso sussistano i presupposti di una modifica del PAI si redige una richiesta di variazione e la si invia all'UVM unitamente ad una copia del verbale di monitoraggio.	SSS-5	RU - MSA		Lettera richiesta variazione PAI	
15	Al termine del piano assistenziale, e a campione, viene raccolto presso il paziente o care giver, un questionario di fine assistenza con il quale viene rilevata la qualità del servizio offerto e gli eventuali suggerimenti proposti.	ASP	AD - INF/ASS/TCR/ OSS/MSA		Questionario di fine assistenza	
16	Al termine delle prestazioni indicate dal PAI il personale operante a domicilio ritira i diari assistenziali dal domicilio del paziente e li trasmette (insieme all'eventuale questionario) all'ufficio ADI	ASP	AD - INF/ASS/TCR/ OSS/MSA		Fascicolo del paziente	

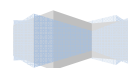
## PROC: PR02 - GESTIONE ADI SIDERNO

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
17	Ricevuta la documentazione descritta al punto precedente, il Responsabile dell'ufficio ADI, inserisce i dati dei Diari assistenziali nel proprio archivio elettronico, e i documenti cartacei nel fascicolo del paziente ADI. Tutti i fascicoli sono raccolti insieme nell'archivio.  <b>NOTA:</b> I fascicoli dei pazienti sono archiviati all'interno di faldoni in ordine alfabetico e allocati in scaffalature e armadi dell'ufficio ADI. Non esiste software per la registrazione nè è prevista una relazione finale	SSS-5	RU - MSA		Archivio Fascicoli PAI  Fascicolo del paziente ADI  Archivio su PC del RU ADI (file excel)	
18	Al termine delle attività, previo controllo dei diari clinici, il Responsabile del servizio ADI predispone di liquidazione dei professionisti.	SSS-5	RU - MSA		Provvedimento di liquidazione	
19						
20						

## ALLEGATO 3

LEGENDA ACRONIMI UTILIZZATI NEI FLOW CHARTS E TAVOLE DESCRITTIVE



## LEGENDA ACRONIMI UTILIZZATI NEI FLOW CHARTS E TAVOLE DESCRITTIVE

SERVIZIO	COD	SERVIZIO	COD
<b>Strutture esterne alla CdS</b>		<b>AFO SAS: Servizi ed Attività Sociali</b>	
Back Office c/o Enti Locali	BO-EELL	1. Servizi sociali ed associativi	SAS-1
Front Office c/o Enti Locali	FO-EELL	<b>AFO SSA: Servizi Sanitari</b>	
Servizi di Assistenza Domiciliare degli Enti Locali	SAD-EELL	1. PS mobile 118	SSA-1
Enti Locali (servizi vari)	EELL	2. Primo intervento e piccole urgenze (PPI)	SSA-2
UO ospedaliere	UOH	3. Guardia medica	SSA-3
Servizi vari del Distretto non inclusi nella CdS	DIS	4. Ambulatori MMG e PLS	SSA-4
Altri servizi ASP (anche in convenzione)	ASP	5. Ambulatori medicina specialistica	SSA-5
<b>AFO SGA: Servizi Generali ed Amministrativi</b>		<i>Cardiologia</i>	SSA-5.1
1. Coordinamento Sanitario	SGA-1	<i>Chirurgia Vascolare</i>	SSA-5.2
2. Coordinamento professioni sanitarie	SGA-2	<i>Chirurgia Generale</i>	SSA-5.3
3. Attività amministrative di supporto	SGA-3	<i>Dermatologia</i>	SSA-5.4
<b>AFO ASE: Accoglienza, Accesso e Seg. Soc.</b>		<i>Endocrinologia/Diabetologia</i>	SSA-5.5
1. Informazioni	ASE-1	<i>Gastroenterologia</i>	SSA-5.6
2. PUA	ASE-2	<i>Geriatría</i>	SSA-5.7
<i>Front Office</i>	ASE-2.1	<i>Neurologia</i>	SSA-5.8
<i>Back Office (incluso Case management)</i>	ASE-2.2	<i>Nefrologia-Dialisi</i>	SSA-5.9
<i>UVM</i>	ASE-2.3	<i>Oculistica</i>	SSA-5.10
<i>Scelta revoca MMG e PLS</i>	ASE-2.4	<i>Odontoiatria</i>	SSA-5.11
<i>Integrazione protesica ed esenzione ticket</i>	ASE-2.5	<i>Oncologia</i>	SSA-5.12
3. CUP	ASE-3	<i>Ortopedia</i>	SSA-5.13
4. Farmacia	ASE-4	<i>Ostetricia-Ginecologia</i>	SSA-5.14
<b>AFO SSS: Servizi Socio Sanitari</b>		<i>Otorinolaringoiatria</i>	SSA-5.15
1. Consultorio familiare	SSS-1	<i>Pneumologia</i>	SSA-5.16
2. Recupero e riabilitazione funzionale (CD+Amb.)	SSS-2	<i>Psichiatria</i>	SSA-5.17
<i>Riabilitazione estensiva a ciclo diurno</i>	SSS-2.1	<i>Reumatologia</i>	SSA-5.18
<i>Riabilitazione estensiva ambulatoriale</i>	SSS-2.2	<i>Urologia</i>	SSA-5.19
<i>Riabilitazione estensiva domiciliare</i>	SSS-2.3	<i>Altre Prestazioni Specialistiche</i>	SSA-5.20
3. Centro di Salute Mentale (Ambulatorio)	SSS-3	6. Ambulatorio infermieristico	SSA-6
4. Servizio recupero tossicodipendenze e alcool	SSS-4	7. Prelievi e donazioni	SSA-7
5. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	SSS-5	8. Analisi chimico cliniche (Point of Care)	SSA-8
6. Centro diurno per anziani	SSS-6	9. Diagnostica per immagini	SSA-9
7. Prevenzione ed educazione sanitaria	SSS-7	10. Dialisi (CAD)	SSA-10

## LEGENDA ACRONIMI UTILIZZATI NEI FLOW CHARTS E TAVOLE DESCRITTIVE

PROFILO	COD	PROFILO	COD
Medico di medicina generale	MMG	Tecnico della riabilitazione	TCR
Pediatra di libera scelta	PLS	Psichiatra	PSH
Medico di continuità assistenziale	MCA	Psicologo	PSI
Medico specialista	MSA	Farmacista	FAR
Infermiere professionale	INF	Assistente sociale	ASS
Operatore sanitario specializzato	OSS	Educatore	EDU
Tecnico di laboratorio	TL	Personale diverso dei 4 ruoli	STAFF
Tecnico di radiologia	TRX	Dirigente coordinatore della CdS	DIR
Terapista della riabilitazione	TER		

RUOLO RICOPERTO NELL'AMBITO DEL PROCESSO	COD
Responsabile Ufficio o Unità Organizzativa	RU
Addetto Ufficio o Unità Organizzativa	AD
Case Manager	CM
Care Manager	MG
Care Giver	CG
Direttore Generale ASP	DG
Direttore Sanitario ASP	DS
Direttore Amministrativo ASP	DA