



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

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

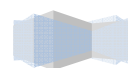
**Formez PA**

marzo '14



## INDICE

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



## 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 Catanzaro per il Distretto in cui ricade la costituenda Casa della Salute di Chiaravalle.

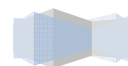
Nelle conclusioni, sono elencati i principali punti di attenzione messi in luce dall'analisi e su cui, salvo diversa e motivata indicazione da parte della Regione e/o dell'ASP, sarà impostato il secondo step dell'intervento.

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:
  - PRO1 Gestione PUA (inclusa la sub procedura Dimissioni protette)
  - PRO2 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

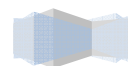


- in verde le attività svolte dal case manager
- in azzurro le attività svolte dal MMG in qualità di care manager
- in rosa le attività svolte dal care giver.

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.



## RISPONDENZA ALLE LINEE GUIDA REGIONALE 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:

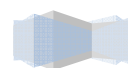
- Dotazione organica
- Gestione del PUA
- Dimissione protetta
- Valutazione del bisogno e definizione del PAI
- Adempimenti SIAD

### 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 di Soverato:

STRUTTURA	FIGURE PROFESSIONALI	PREVISTE	PRESENTI	Δ
Front Office	Assistente sociale	2,0	-	- 2,0
	Infermiere	-	1	1,0
	Medico	-	-	0,0
	Amministrativo	-	-	0,0
	<b>Totale FO</b>	<b>2,0</b>	<b>1,0</b>	<b>- 1,0</b>
Back Office	Assistente sociale	1,0	5,0	4,0
	Infermiere	3,0	-	- 3,0
	Medico	1,0	1,0	0,0
	Amministrativo	2,0	-	- 2,0
	<b>Totale BO</b>	<b>7,0</b>	<b>6,0</b>	<b>- 1,0</b>
ADI	Medico	-	1,0	1,0
	MMG	-	-	0,0
	Infermiere	9,7	9,0	- 0,7
	Operatore Socio Sanitario	5,3	-	- 5,3
	Tecnico della Riabilitazione	3,0	7,0	4,0
	Psicologo	0,1	-	- 0,1
	Dietista	0,6	-	- 0,6
	<b>Totale ADI</b>	<b>18,7</b>	<b>17,0</b>	<b>- 1,7</b>
<b>TOTALE</b>		<b>27,7</b>	<b>24,0</b>	<b>- 3,7</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 4,4 risorse FTE.



## 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 di Soverato pur a fronte della presenza di un BO con proprie risorse strutturate (vd. tabella precedente) il PUA svolge un'attività prevalentemente qualificabile come FO e non svolge in alcun modo attività di raccordo con l'UVM. Di fatto le funzioni del BO come rinvenibili dalle Linee Guida in esame sono svolte dal Servizio ADI.

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 di Soverato 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, il F.O. del PUA accetta esclusivamente richieste di carattere sanitario, pur segnalando con nota scritta, al Comune di appartenenza del paziente, le richieste che rivestono carattere sociale. Non si sono rilevati feedback relativi ai casi segnalati ai Comuni.

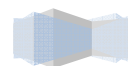
**[Rif. par. 2.2 DPGR n. 12 del 31/01/11]** - *"...il PUA è il gestore della banca dati relativa agli assistiti"*.

Al momento attuale, il BO non è fornito di sistemi informativi per la gestione di una banca dati degli assistiti.

## 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, attiva l'UVM previa predisposizione delle schede di valutazione monodimensionale ("SVAMA sociale" e "SVAMA cognitivo funzionale")."*

In difformità a quanto previsto nelle citate Linee guida per la dimissione protetta, le richieste dai reparti ospedalieri vengono inviate al servizio ADI che provvede anche alla predisposizione delle schede di valutazione monodimensionale. Confermando così il ruolo di coordinamento svolto da questo servizio in sostituzione del BO del PUA. 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 risulta solo la redazione una relazione finale.

**[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."

Per quanto riguarda le modalità di attivazione dell'UVM (descritte in dettaglio nei su richiamati articoli) è già stata rilevata la non corrispondenza alle Linee guida nei due precedenti paragrafi alla cui lettura si rimanda.

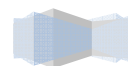
## ADEMPIMENTI SIAD

**[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."

È stato rilevato un flusso di dati strutturati per gli adempimenti previsti ai fini del debito informativo SIAD; la raccolta dei dati è temporalmente cadenzata, come impegno del personale che ha erogato le prestazioni, ad ogni rientro in sede. Non è stata rilevata alcuna modalità di controllo sull'effettivo adempimento e su specifici tempi di trasmissione dei dati.



## 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	2	Registrazione richieste	Valore aggiunto <sup>1</sup>
	4	Classificazione del bisogno sanitario	Ridondante <sup>2</sup>
02 - ADI	2	Organizzazione primo accesso	Valore aggiunto <sup>3</sup>

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

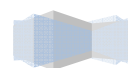
1. Attivazione di un protocollo informatico come punto di avvio del processo di gestione del paziente/utente
2. L'attività risulta ridondante nell'attuale organizzazione che vede concentrate tutte le fasi di valutazione e classificazione del bisogno nel servizio ADI
3. Modificare la procedura nell'ottica di una maggiore attenzione alla centralità del paziente.

### 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	3	Creazione e consegna fascicolo paziente	TL	Registro richieste	Basso
	5	Trasmissione fascicolo	TL	Nessuno	Basso
02 - ADI	2	Organizzazione del primo accesso	TL	Nessuno	Basso
	3	Erogazione prestazione urgente	OL	Diario medico infermieristico <sup>1</sup>	Medio
	6	Registrazione flussi informativi	OL	Registro SIAD <sup>2</sup>	Medio
	9	Convocazione UVM	TL	Riunione settimanale o bi-settimanale	Medio
	15	Richiesta rivalutazione PAI	OL	Richiesta scritta di valutazione <sup>3</sup>	Medio

**Note:**

1. Non sono rilevate modalità di feed-back immediato sulle prestazioni urgenti, salvo la compilazione del diario infermieristico di cui però sfuggono le modalità di rientro in sede in tempi coerenti con la possibilità di interventi "spot"
2. Vedi paragrafo sulla rispondenza alle Linee Guida Regionali
3. Non sono previste verifiche e relazioni intermedie periodiche ma solo le citate richieste emesse nel caso che l'operatore ritenga modificato il bisogno. Ne risulta limitata la funzione di monitoraggio demandata all'UVM.

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

**Procedura PR01 - Gestione PUA**

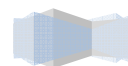
Attività 1: Non è previsto alcun feedback sui casi inviati per competenza sociale ai Comuni.

**PR02 - Gestione ADI**

Attività 4: Nella visita domiciliare per la redazione delle schede monodimensionali può essere chiamato anche un medico specialista. Tale previsione non sembra essere motivata alla luce della esistenza di una richiesta (con valutazione medica) firmata dal MMG e che ulteriori approfondimenti (anche con l'impiego di specialisti) spettano alla valutazione dell'UVM.

Attività 9: Si dichiara la scarsa presenza del MMG del paziente alle riunioni dell'UVM, con evidente problematica relativa allo svolgimento del ruolo di Care manager ad esso affidato.

Attività 15: La segnalazione di eventuali modifiche dello stato di salute dell'assistito, avviene attraverso la compilazione di un modello che viene consegnato brevi manu al responsabile ADI. In ogni caso non è garantito né prevista una centralità del MMG nel ruolo di Care manager.



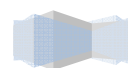
## OSSERVAZIONI CONCLUSIVE E INDIRIZZI STRATEGICI

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;
- Attribuzione nella prassi operativa delle funzioni del BO al servizio ADI;
- Assenza della figura del case manager;
- Carenza di una attività strutturata di monitoraggio ed in particolare del coinvolgimento diretto del MMG nel ruolo di care manager;
- Assenza di attività per l'integrazione 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 e l'impossibilità di fatto di una gestione unitaria del "record" del paziente;
- Assenza di 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).

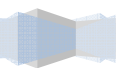
## ALLEGATI

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

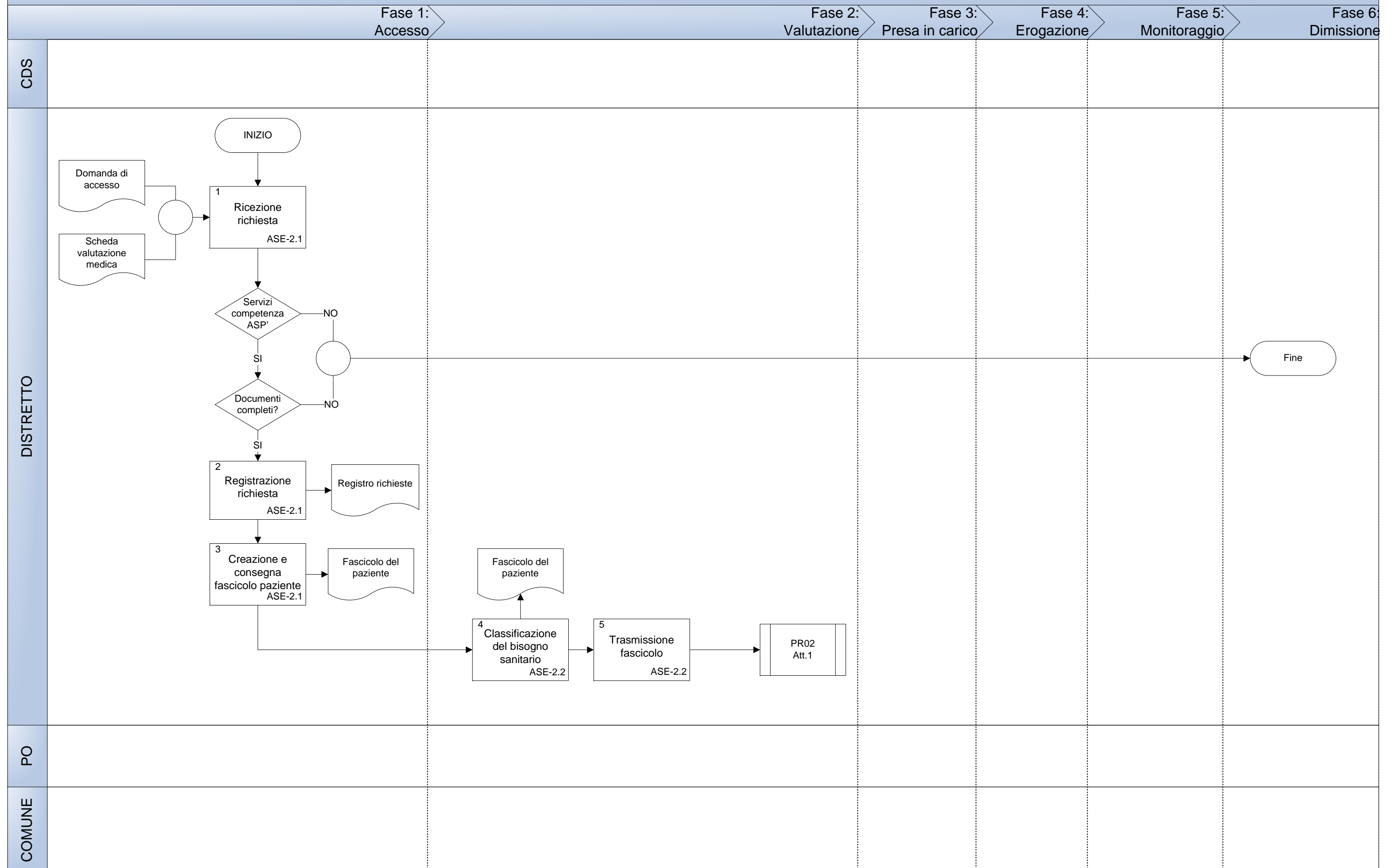


# ALLEGATO 1

PR01 GESTIONE PUA CHIARAVALLE (FLOW CHART E TAVOLA DESCRITTIVA)



## PR01: Gestione PUA Chiaravalle



## PROC: PR01 - GESTIONE PUA CHIARAVALLE

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
1	<p>Il personale del Front Office PUA distrettuale di Soverato riceve le richieste di assistenza domiciliare e verifica la competenza dell'ASP e la completezza dei documenti . Le richieste incomplete o non di competenza dell'ASP non vengono accettate e vengono restituite all'utente.</p> <p><b>NOTA:</b> I servizi di competenza dell'ASP sono relativi ai seguenti bisogni sanitari: Residenzialità, riabilitazione , cure palliative e domiciliarie cure psichiatriche . La richiesta avanzata dal paziente (richiesta di accesso) deve essere accompagnata anche dalla scheda di valutazione del MMG. Senza il Parere positivo del MMG, espresso nello Scheda di valutazione medica, il processo valutativo non può avere inizio.</p>	ASE-2.1	AD - INF	<p>Domanda di accesso</p> <p>Scheda di valutazione medica</p>		
2	Le richieste complete e di competenza dell'ASP sono registrate dal personale del FO su un apposito "registro richiesta" dove vengono riportati i dati anagrafici del paziente e il nome del MMG.	ASE-2.1	AD - INF		Registro richieste	
3	Il personale del FO, crea un fascicolo del paziente, contenente la domanda di accesso e la scheda di valutazione medica. Nella stessa giornata i fascicoli, ordinati in ordine cronologico, vengono consegnati brevi manu al BO.	ASE-2.1	AD - INF		Fascicolo del paziente	
4	<p>Il Medico responsabile del servizio PUA, esamina la documentazione contenuta nel fascicolo del paziente, verifica il tipo di bisogno sanitario, definisce se esso sia urgente, semplice o complesso, e lo scrive sul fascicolo medesimo Sul fascicolo annota inoltre il nome del servizio a cui deve essere inviato.</p> <p><b>NOTA:</b> I bisogni non urgenti vengono classificati semplici o complessi. Tale distinzione non rileva per i bisogni urgenti.</p>	ASE-2.2	RU - MSA		Fascicolo del paziente	
5	<p>Il medico responsabile del servizio PUA trasmette il fascicolo del paziente ai responsabili dei relativi uffici dei servizi assistenziali individuati.</p> <p><b>NOTA:</b> Di norma nel caso di bisogno urgente il fascicolo viene consegnato immediatamente all'ufficio competente.</p>	ASE-2.2	RU - MSA			

**PR01.01: Gestione PUA Chiaravalle – Subprocedura: Dimissioni protette**

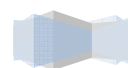
	Fase 1: Accesso	Fase 2: Valutazione	Fase 3: Presenza in carico	Fase 4: Erogazione	Fase 5: Monitoraggio	Fase 6: Dimissione
CDS						
DISTRETTO						
PO	<pre> graph TD     Start([Domanda di accesso]) --&gt; Step1[1 Valutazione medica UOH]     Step1 --&gt; Doc1([Scheda valutazione medica])     Doc1 --&gt; Step2[2 Comunicazione al servizio ADI UOH]     Step2 --&gt; Step3[3 Invio copia documentazione UOH]     Step3 --&gt; PR02[PR02 Att.1]     Step3 --&gt; Fax([Fax])             </pre>					
COMUNE						

**PROC: PR01 - GESTIONE PUA CHIARAVALLE**SUBP: *PR01.01 - DIMISSIONI PROTETTE*

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
1	Il medico responsabile del reparto ospedaliero presso cui si trova ricoverato l'assistito, prima della dimissione del paziente, per il quale si ritiene che ricorrano i presupposti di assistenza in ADI, compila la Scheda Valutazione medica e la consegna (insieme alla scheda di richiesta del paziente) ad un operatore sanitario dell'UO incaricandolo della trasmissione all'Ufficio ADI.  <b>NOTA:</b> Il responsabile del reparto deve acquisire la richiesta da parte del paziente di assistenza in ADI prima di compilare la scheda di valutazione medica.	UOH	RU-MSA	Richiesta del paziente	Scheda di Valutazione medica	
2	L'operatore sanitario del reparto ospedaliero segnala telefonicamente il caso al servizio ADI territorialmente competente in relazione alla residenza/domicilio del paziente	UOH	AD-INF			
3	L'operatore sanitario del reparto tramette mezzo fax la Scheda Valutazione medica e la Domanda di accesso al servizio ADI competente	UOH	AD-INF		Fax (copia Scheda Valutazione di medica e Richiesta del paziente)	
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						

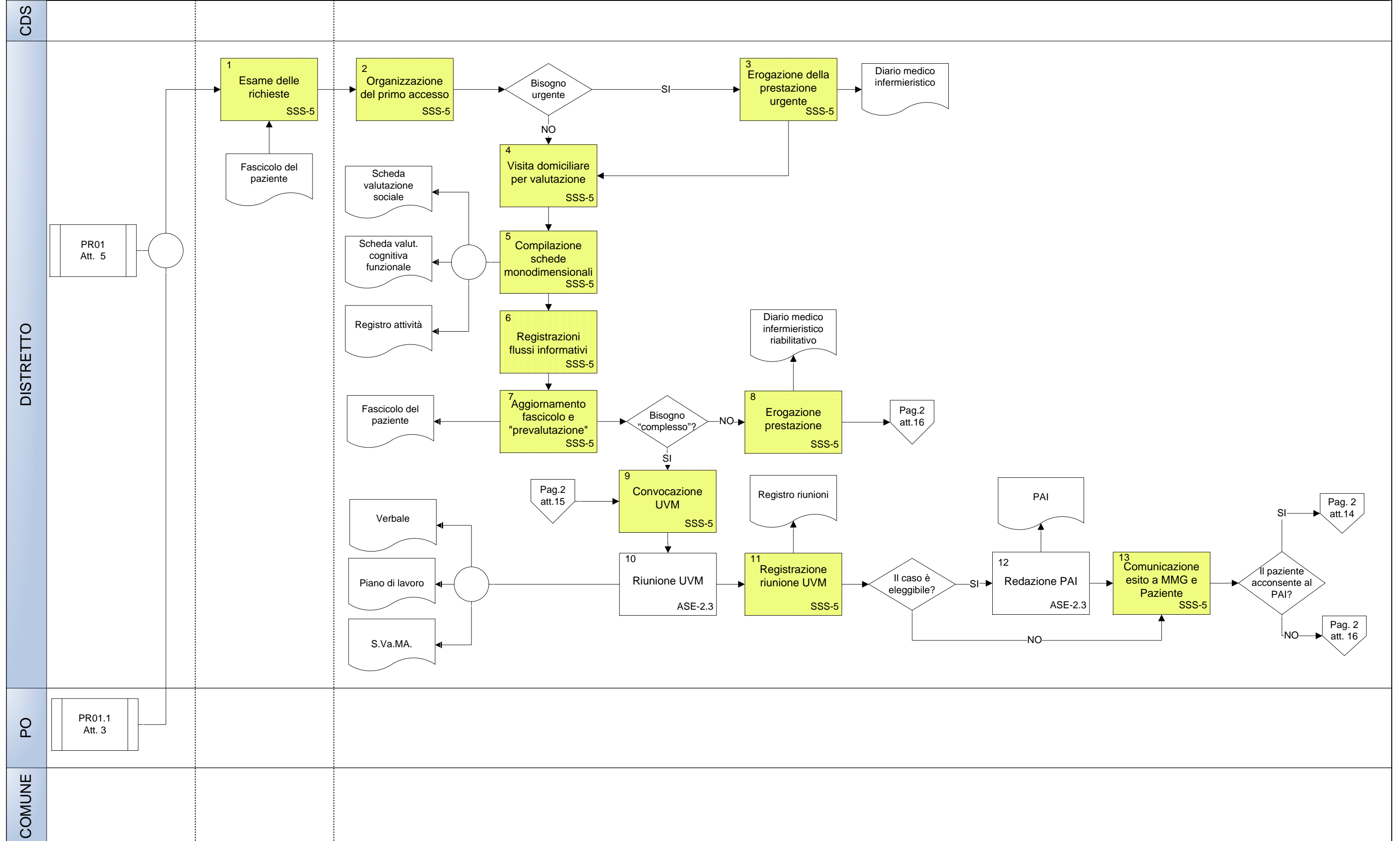
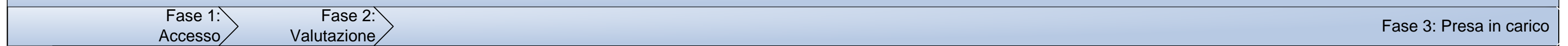
## ALLEGATO 2

PR02 GESTIONE ADI CHIARAVALLE (FLOW CHART E TAVOLA DESCRITTIVA)

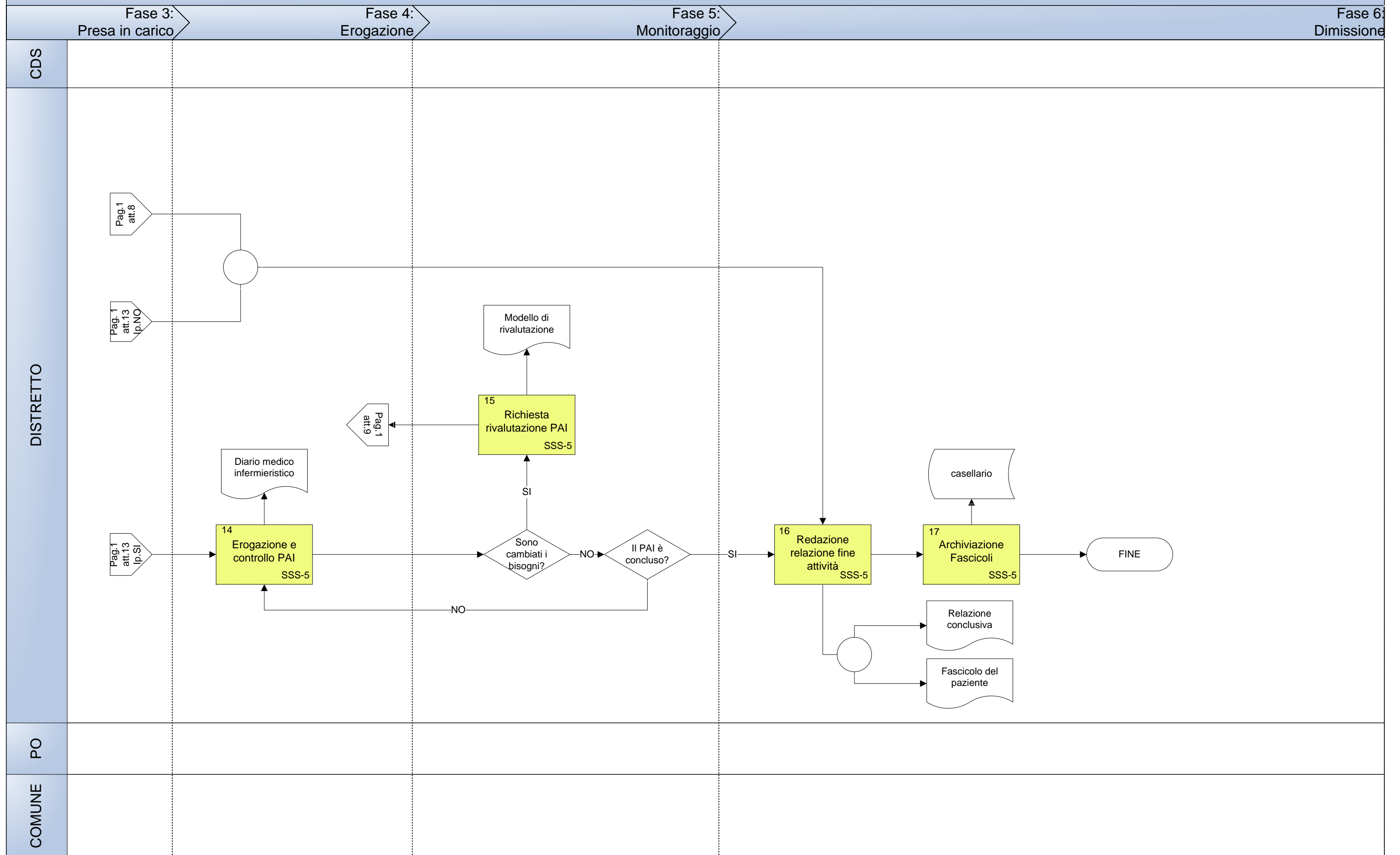




## PR02: Gestione Assistenza Domiciliare Integrata Chiaravalle



**PR02: Gestione Assistenza Domiciliare Integrata Chiaravalle**



## PROC: PR02 - GESTIONE ADI CHIARAVALLE

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
1	<p>Il responsabile medico che sovrintende alle attività del servizio ADI esamina i fascicoli ricevuti dal PUA o dall'ospedale e in relazione all'urgenza e al tipo di bisogno, da disposizioni al coordinatore infermieristico per organizzare le visite domiciliari.</p> <p><b>NOTA:</b> Nel caso di arrivo di fascicoli classificati come urgenti, il responsabile ADI individua anche le figure professionali necessarie (eventualmente anche un medico specialista) e consegna al coordinatore infermieristico il fascicolo del paziente che necessita della prestazione urgente.</p>	SSS-5	RU - MSA	Fascicolo del paziente		
2	<p>Il coordinatore infermieristico organizza la visita domiciliare, chiamando telefonicamente il paziente e il MMG per stabilire il giorno e l'orario di visita</p> <p><b>NOTA:</b> La data e l'ora della visita si comunica al paziente e si concorda con il MMG il quale se lo riterrà necessario sarà presente. Per la visita può essere richiesta anche la figura di un medico specialista.</p>	SSS-5	AD - INF			
3	<p>Gli operatori sanitari, individuati dal responsabile del servizio ADI, si recano a domicilio del paziente ed erogano le prestazioni. Al termine della loro attività e prima di andare via lasciano a casa del paziente il Diario medico infermieristico riabilitativo, sul quale annotano la propria prestazione.</p> <p><b>NOTA:</b> Sul Diario MIR verranno annotati tutti i futuri interventi domiciliari (medici, infermieristici, riabilitativi) unitamente alla sintesi anamnestica, alla terapia in corso, alle eventuali consulenze specialistiche.</p>	SSS-5	AD - INF/ASS/TCR		Diario medico infermieristico riabilitativo	
4	<p>Gli operatori sanitari individuati dal responsabile del servizio ADI (INF, ASS e TER, e se necessario anche il MSA), si recano a casa del paziente per fare una valutazione approfondita delle sue condizioni sociali, cognitive e funzionali al fine di una migliore valutazione complessiva dei bisogni assistenziali.</p>	SSS-5	AD - INF/ASS/TCR			

## PROC: PR02 - GESTIONE ADI CHIARAVALLE

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
5	<p>Al termine del loro intervento gli operatori compilano e firmano la Scheda di valutazione sociale e la Scheda di valutazione cognitiva funzionale. Inoltre compilano il Registro delle attività, indicando le prestazioni eseguite.</p> <p><b>NOTA:</b> Gli operatori sanitari al rientro in ufficio dalle visite domiciliari consegnano al coordinatore infermieristico il registro delle attività che servirà anche per la rilevazione del flusso informativo</p>	SSS-5	AD - INF/ASS/TCR		<p>Scheda di valutazione sociale</p> <p>Scheda di valutazione cognitiva funzionale</p> <p>Registro attività</p>	
6	<p>Gli operatori sanitari rientrati in sede registrano nel sistema informativo SIAD i dati inseriti nelle schede di valutazione di cui al punto precedente (schede SVAMA) e le consegnano al responsabile del servizio ADI</p> <p><b>NOTA:</b> Durante le attività si provvede ad espletare gli adempimenti informativi attraverso il SIAD. Tale sistema prevede la raccolta sistematica delle informazioni relative: a caratteristiche anagrafiche dell'assistito, valutazione ovvero rivalutazione socio sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali, erogazione dell'assistenza, sospensione della presa in carico, dimissioni dell'assistito. Le operazioni di inserimento vengono fatte dagli operatori del servizio ADI, dopo ogni accesso e comunque trimestralmente per poter trasmettere i flussi al Ministero. Il Sw che si utilizza è stato acquistato dall'ASP di Catanzaro</p>	SSS-5	AD - INF/ASS/TCR		SIAD	GPSA
7	<p>Il responsabile del servizio ADI inserisce le schede nel fascicolo del paziente e stabilisce il tipo di bisogno (semplice o complesso) che emerge.</p> <p><b>NOTA:</b> Per le richieste di assistenza domiciliare valutate come semplici, non è richiesta una valutazione multidimensionale e si procede pertanto subito alla attivazione del servizio.</p>	SSS-5	RU - MSA		Fascicolo del paziente	

## PROC: PR02 - GESTIONE ADI CHIARAVALLE

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
8	<p>Nel caso di bisogno semplice gli operatori indicati dal coordinatore infermieristico si recano dal paziente ed erogano la prestazione sanitaria. Al primo accesso provvedono a lasciare il diario medico infermieristico riabilitativo sul quale verranno annotati tutti gli interventi domiciliari (medici, infermieristici, riabilitativi) unitamente alla sintesi anamnestica, alla terapia in corso, alle eventuali consulenze specialistiche.</p> <p><b>NOTA:</b> La prestazione si può risolvere in un'unica somministrazione o può richiedere più accessi.</p>	SSS-5	AD - INF/ASS/TCR		Diario medico infermieristico riabilitativo	
9	<p>Nel caso di bisogno complesso il medico responsabile del servizio ADI da disposizione ad un operatore del servizio di convocare l'UVM richiedendo ove necessario la presenza del MSA.</p> <p><b>NOTA:</b> La convocazione è di norma telefonica. L'UVM si riunisce una o due volte la settimana in funzione del numero delle richieste, ed è composta dal medico responsabile del servizio, che è il coordinatore, dal MMG/PLS (che è generalmente un rappresentante della categoria, in quanto difficilmente partecipa il MMG/PLS del paziente di cui si esamina la pratica), coordinatore INF,ASS TER, integrata con il geriatra per gli over 65 e con MSA in relazione alla necessità dei casi. Le pratiche si presentano secondo ordine cronologico e urgenza</p>	SSS-5	RU - MSA			
10	<p>L'UVM si riunisce per la valutazione dei casi, esamina il fascicolo del paziente valuta l'eleggibilità del caso, e compila una scheda generale riassuntiva delle caratteristiche anagrafiche, sanitarie e sociali dell'assistito quali emergono dalle schede di valutazione monodimensionali già presenti nel fascicolo. La scheda generale è compilata sia se la valutazione è positiva sia se è negativa. L'insieme delle 3 schede costituisce la SVAMA. A fine riunione si compila anche un verbale.</p> <p><b>NOTA:</b> Il verbale è un modello standard ed è sottoscritto dai partecipanti alla riunione. La responsabilità diretta è del responsabile servizio ADI, in qualità di responsabile dell'UVM.</p>	ASE 2.3	RU - MSA		S.Va.Ma  Verbale di riunione UVM	
11	<p>Un addetto dell'ufficio ADI annota su apposito registro la data delle riunioni dell'UVM e vi allega il Verbale della riunione.</p>	SSS-5	AD - INF		Registro riunioni	

## PROC: PR02 - GESTIONE ADI CHIARAVALLE

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
12	In caso di valutazione positiva da parte dell'UVM, nella stessa riunione si predispongono il PAI.  <b>NOTA:</b> Il PAI indica : la tipologia di interventi assistenziali, le figure professionali che dovranno porre in essere quegli interventi, la frequenza degli accessi domiciliari, l'orario degli accessi , la durata e la data della rivalutazione domiciliare.	ASE 2.3	RU - MSA		PAI	
13	Un'operatore dell'ufficio individuato dal medico responsabile del servizio o dal coordinatore infermieristico, a fine riunione dell'UVM, contatta telefonicamente il MMG dell'assistito e il paziente e comunica l'esito della valutazione (accoglimento o rigetto della richiesta).  <b>NOTA:</b> Nel caso di esito favorevole l'operatore sanitario quando comunica il PAI chiede contestualmente il consenso del paziente o di un suo familiare. Se c'è il consenso il PAI verrà poi firmato dal paziente o da un suo familiare al primo accesso. Altrimenti si redige direttamente la relazione di fine assistenza (vd. punto 19)	SSS-5	AD - INF			
14	Gli operatori sanitari individuati dal RU o dal coordinatore infermieristico si recano dal paziente per avviare il PAI. Al primo accesso provvedono a lasciare il diario medico infermieristico riabilitativo e raccolgono la firma del PAI per accettazione. Durante la somministrazione delle prestazioni sanitarie il personale verifica eventuali mutate esigenze del paziente.  <b>NOTA:</b> Gli operatori sanitari sono individuati dal medico responsabile del servizio ADI e dal coordinatore infermieristico in base alle necessità e turni di lavoro. Sul Diario verranno annotati tutti gli interventi domiciliari (medici, infermieristici, riabilitativi) unitamente alla sintesi anamnestica, alla terapia in corso, alle eventuali consulenze specialistiche.	SSS-5	AD - INF/ASS/TCR		Diario medico infermieristico  PAI	
15	Gli operatori sanitari o il MMG che hanno ravvisato modifiche di bisogni inoltrano una richiesta scritta di revisione del PAI al medico responsabile del servizio ADI  <b>NOTA:</b> Per fare la richiesta di rivalutazione si compila un modello che verrà poi consegnato brevis manu al responsabile del servizio ADI	SSS-5	AD - INF/ASS/TCR		Modello di rivalutazione	

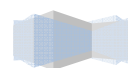
## PROC: PR02 - GESTIONE ADI CHIARAVALLE

SUBP: -

#	Descrizione Attività	U.O. Responsabile	Addetto (Ruolo - Profilo)	Input	Output	Software
16	Al termine delle prestazioni Il medico responsabile dell'ADI redige una relazione conclusiva degli interventi che viene inserita nel Fascicolo del paziente	SSS-5	RU - MSA		Relazione  Fascicolo del paziente	
17	Un operatore dell'ufficio Adi provvede alla archiviazione dei Fascicoli del paziente nel casellario.	SSS-5	AD - INF		Casellario	
18						
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