

I N D I C E

1. SCOPO.....	3
2. RIFERIMENTI NORMATIVI	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4. LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	4
5. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO.....	5
6. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI.....	5
7. RESPONSABILITA'	6
8. ACCESSO ALL'ASSISTENZA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	7
6.1 CRITERI DI ELEGGIBILITÀ DEI PAZIENTI IN ASSISTENZA	7
6.2 MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO.....	8
6.3 REGISTRAZIONE SUL SISTEMA INFORMATIZZATO	19
6.4 TEMPISTICA DI PRIMO ACCESSO DEL PAZIENTE	19
6.5 MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE DEGLI ACCESSI PER I PAZIENTI IN DIMISSIONE PROTETTE	19
6.6 VALUTAZIONE SULL'OPPORTUNITÀ DI RICORSO ALLA TELEMEDICINA.....	21
6.7 TRASPORTO DI MATERIALI ORGANICI	25
6.8 VALUTAZIONE SULL'OPPORTUNITÀ DI RICORSO AD ALTRE STRUTTURE SANITARIE O AD ALTRI OPERATORI ESTERNI	25
6.9 MODALITÀ DI SEGNALAZIONE DELLE ANOMALIE RISCOSE DURANTE LO SVOLGIMENTO DELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA E DI COMUNICAZIONE CON LE UU.VV.MM. E CON I MMG E PLS SULL'ANDAMENTO DEI CASI (RELAZIONI SETTIMANALI DI UNO O PIÙ OPERATORI).....	26
6.10 GESTIONE DI EVENTUALI URGENZE, EVENTI IMPREVISTI	26
6.11 SISTEMA DI CONTROLLO E DI VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI.....	26
7 EROGAZIONE DI PRESTAZIONI ADI IN LIBERA PROFESSIONE	28
8 GESTIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA.....	28
9 CONTENUTI E MODALITÀ DEI PROCESSI DI HAND OVER	29
9.1 COMUNICAZIONE ED INTEGRAZIONE CON IL MMG E CON IL MEDICO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	31
9.2 COMUNICAZIONE ED EDUCAZIONE DEL PAZIENTE E DEL CAREGIVER.....	31
9.3 LE VERIFICHE.....	33
9.4 CONCLUSIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE E RENDICONTAZIONE	33
10 ARCHIVIAZIONE	34
11 INDICATORI DI MONITORAGGIO.....	34
12 ALLEGATI	34



PROCEDURA
GESTIONE PROCESSO ASSISTENZIALE ADI

Codice documento:
PR.ADI.8.5.
Emesso 10.10.2017
Rev.04 del 30.05.2023

REV.	REDATTA DA DS		VERIFICATA DA RQ		EMESSA DA PR	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	10.10.2017	//	10.10.2017	//	10.10.2017	//
01	04.05.2022	//	04.05.2022	//	04.05.2022	//
02	03.02.2023	//	03.02.2023	//	07.02.2023	//
03	09.05.2023	//	09.05.2023	//	09.05.2023	//
04	30.05.2023		30.05.2023		30.05.2023	

1. SCOPO

Scopo della procedura è quello di fornire indicazioni chiare alle funzioni coinvolte per la attivazione e conduzione del Processo relativo alle Cure domiciliari affinché il livello qualitativo risponda agli standard fissati da SISIFO in accordo con la normativa vigente.

2. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Decreto Legislativo 4.12.1997 n.460. Disposizioni riguardanti le organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS)
- D.A. N.2459 del 12.11.2007 e D.A. n.2461 del 12.11.2007 “Linee guida in materia di valutazione multidimensionale per l’ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ad altri tipi di pazienti non autosufficienti”
- D.A. n 1543 del 2/7/2008 la “Nuova caratterizzazione dell’assistenza domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”
- Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.”
- **DECRETO 3 settembre 2021. Definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l’autorizzazione all’esercizio e per l’accreditamento del soggetto deputato al governo dell’accesso alle cure domiciliari**
- **DECRETO 3 settembre 2021. Definizione dei requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici per l’autorizzazione all’esercizio e per l’accreditamento dei soggetti erogatori di cure domiciliari**
- **DECRETO 3 settembre 2021. Definizione dei criteri per l’accesso all’accreditamento dei soggetti privati erogatori di cure domiciliari**
- **Linee Guida Regionali per l’accesso ed il governo delle cure domiciliari integrate (Tavolo Tecnico ADI)**
- Manuale Joint Commission Home Care pubblicato a Gennaio 2019
- Norma ISO 9001:2015 par. 8.5

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura si applica a tutte le attività, svolte presso la sede di AGRIGENTO e provincia e presso il domicilio dei pazienti in assistenza, che dovranno essere poste in essere, da parte delle risorse facenti parte della DS, della DA dal momento dell’apertura del rapporto con i familiari dei pazienti fino alla conclusione del Processo Assistenziale ed alla sua valutazione.

Il consorzio Sisifo si propone di gestire il servizio di Assistenza Sanitaria Domiciliare Integrata per le prestazioni di servizi infermieristici, riabilitativi, assistenziali e di servizi ausiliari di supporto da destinare a favore di persone, con ridotta autonomia per motivi legati all'età e/o alla malattia, residenti in tutti i comuni assegnati all'ASP di pertinenza. Il servizio da erogare, caratterizzato da un sistema complessivo di cure, secondo quanto definito nel documento pubblicato dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA del Ministero della Salute *“Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”* recepito dai decreti assessoriali del 12.11.2007, del 02.07.2008 e dal DPRS 26 gennaio 2011 *“Linee guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari”*, consiste in:

- **“Cure domiciliari prestazionali”**;
- **“Cure domiciliari integrate di primo e secondo livello”**;
- **“Cure domiciliari integrate di terzo livello”**.

In particolare le **“Cure domiciliari prestazionali”**, rappresentate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato presso il domicilio di pazienti che presentano limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. Le prestazioni non prevedono una valutazione globale e l'individuazione di un piano di cura multidimensionale ma l'elaborazione del **“Programma di Intervento”** e vengono erogate in 5 giorni su 7.

Le **“Cure domiciliari integrate di primo e secondo livello”** sono, invece, subordinate dalla formulazione del **“Piano di Assistenza Individualizzato”** (PAI) redatto previa valutazione globale multidimensionale multidisciplinare e multiprofessionale per interventi rivolti sia al paziente non autosufficiente o a rischio di autosufficienza spesso con patologie croniche o cronicodegenerative sia al familiare/care giver. Le prestazioni sono erogati in 5 giorni (I livello) e 6 giorni (II livello).

Le **“Cure domiciliari integrate di terzo livello”** sono caratterizzate da prestazioni professionali rivolte a malati che presentano fabbisogni assistenziali di elevata complessità individuati dal PAI ed erogati da un'équipe, di cui fa parte il MMG/PLS, in possesso di specifiche competenze e formazione. Gli interventi nei confronti del paziente e di supporto alla famiglia sono erogati 7 giorni su 7 e la pronta disponibilità sulle 24 ore.

4. LISTA DI DISTRIBUZIONE

- Presidente CdA
- Consiglieri Delegati
- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo

- Direttore Operativo
- Direttore Tecnico
- Responsabile Formazione
- Responsabile Qualità
- Coordinatore Infermieristico
- Coordinatore Fisioterapisti
- Coordinatore Amministrativo
- Tutti gli operatori ADI

5. DIFFUSIONE DEL DOCUMENTO

Le modalità di diffusione dei documenti emessi per il governo ed il controllo del sistema di gestione per la qualità sono definite nella procedura PR.7.5-01 *Gestione delle informazioni documentate*.

Le modalità di comunicazione tra le diverse funzioni aziendali ed all'interno della stessa funzione, regolamentate da procedure ed istruzioni specifiche del Sistema di Gestione per la Qualità, sono definite all'interno delle procedure stesse.

Nello specifico tutti i documenti del sistema organizzativo quindi non solo quelli inerenti il sistema di qualità sono diffusi e condivisi tra gli operatori nelle seguenti modalità:

- Avviso per mail a tutti gli operatori interessati dal tema dell'introduzione di nuovi documenti
- Condivisione del documento tramite drop box; il documento sarà salvato in PDF per tutelarne la protezione e l'immodificabilità
- Ogni operatore avrà delle credenziali di accesso alla cartella condivisa
- Eventuali documenti che hanno una valenza pubblica (che possono e/o devono essere conosciuti da tutti) potranno essere anche pubblicati nel sitoweb.

Per quanto riguarda la stesura dei documenti del sistema di Gestione per la qualità e l'accreditamento sarà l'ufficio qualità che supporterà i servizi interessati ad elaborare tali procedure. Lo stesso ufficio si occuperà di distribuire per mail alle centrali operative i nuovi documenti e, a loro volta, si occuperanno di farli pervenire a tutti gli operatori.

L'operatore, una volta ricevuto il documento, dovrà scaricarlo il contenuto ed inviare l'ok di avvenuta ricezione alla centrale operativa inviante.

6. SIGLE, ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

- ADI: Assistenza Domiciliare Integrata
- PR: Presidente
- CD: Consigliere Delegato
- DS: Direttore Sanitario
- DA: Direttore Amministrativo
- DO: Direttore Operativo
- DT: Direttore Tecnico

- RF: Responsabile Formazione
- RQ: Responsabile Qualità
- CI: Coordinatore Infermieristico
- CFKT: Coordinatore Fisioterapisti
- CA: Coordinatore Amministrativo
- RU: Responsabile URP
- RIC: Responsabile Prevenzione delle ICA
- S&A Segreteria e Archivio
- ME Medico
- FK Fisioterapista
- IN Infermiere
- AS Assistente Sociale
- EQ Equipe multidisciplinare
- LG Logopedista
- OSS Operatore Socio Sanitario

7. RESPONSABILITA'

Nella tabella che segue sono indicate le responsabilità che competono a ciascuna funzione coinvolta nella procedura in esame:

PR.ADI 8.5.01	Richiesta al PUA di attivazione ADI	Valutazione eleggibilità ADI	Progettazione del PAI	Scelta erogatore ADI	Invio PAI all' erogatore ADI	Scelta operatori sanitari	Presenza in carico e attivazione entro 24 / 48 ore	Valutazione in itinere e Relazione Clinica	Valutazione del bisogno di ricorrere ad strutture sanitarie o operatori esterni	Approvazione modifiche al PAI	Redazione e rilascio CCD al domicilio	Autorizzazione Dimissioni
PZ	R	-----	-----	R	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
SST(PUA)	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
SST(UVM)	-----	R	R	-----	R	-----	-----	-----	-----	R	-----	R
MMG/PLS	R	R	R	-----	-----	-----	-----	-----	C	R-	R	C
Reception	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
DT	-----	-----	-----	-----	-----	R	-----	C	C	C	-----	-----
CI	-----	-----	-----	-----	-----	C	-----	C	C	C	-----	-----
URP	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Operatore Sanitario Domiciliare	-----	-----	-----	-----	-----	C	R	R	C	-----	C	C
Case Manager	-----	-----	-----	-----	-----	-----	C	-----	R	C	-----	C

R Responsabile C Collaborazione

È responsabilità di RQ il controllo sul rispetto della presente procedura che costituisce elemento imprescindibile per il miglioramento dei servizi assistenziali erogati dal consorzio SISIFO.

8. ACCESSO ALL'ASSISTENZA E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Le cure domiciliari nascono come un modello assistenziale volto ad assicurare l'erogazione coordinata e continuativa di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative) e socio-assistenziali al domicilio da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate.

E' deputata, pertanto, a soddisfare esigenze complesse, di persone che necessitano di un'assistenza al domicilio con l'obiettivo di mantenerlo il più possibile a casa, favorendo il recupero delle sue capacità residue e supportando i familiari nei compiti di cura.

Gli utenti che possono accedere alle cure domiciliari sono gli ammalati con patologie croniche e con gravi disabilità che necessitano di assistenza sanitaria.

Senza allontanarsi dalla loro casa i pazienti possono così ricevere un'assistenza di tipo medico-infermieristico- fisioterapico finalizzata a favorire il recupero o a stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

I requisiti indispensabili per l'attivazione delle cure domiciliari sono:

1. Condizione di non autosufficienza (disabilità), di fragilità e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
2. Adeguato supporto familiare o informale;
3. Idonee condizioni abitative;
4. Consenso informato da parte della persona e della famiglia;
5. Presa in carico da parte del medico di medicina generale

Ogni Piano di Assistenza Individuale (PAI) ha sempre una durata limitata nel tempo ma la rivalutazione periodica da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) dell'ASP può consentire la prosecuzione delle cure quando esse siano finalizzate al raggiungimento di obiettivi tecnicamente e realmente raggiungibili.

Il servizio viene attivato entro 72 ore dalla segnalazione del richiedente mentre SISIFO si deve attivare non appena riceve il PAI da parte dell'ASP e non oltre le 48 ore.

8.1 Criteri di eleggibilità dei pazienti in assistenza

I destinatari del servizio di assistenza domiciliare sono di fatto malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati.

I criteri di eleggibilità per accedere ad un percorso ADI sono:

- non autosufficienza, parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo a prescindere dall'età

- soggetti in condizioni di fragilità
- soggetti di dipendenza assistenziale per patologie croniche
- soggetti con difficoltà relative ad una non deambulabilità e non trasportabilità con i comuni mezzi presso i servizi ambulatoriali territoriali
- presenza di rete familiare formale e/o informale di supporto
- condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza

A titolo esemplificativo ma non esaustivo si riportano le seguenti casistiche:

- pazienti in genere anziani con patologie o pluripatologie che determinano una limitazione importante dell'autonomia;
- pazienti con patologie cronico evolutive invalidanti ad esempio neurologiche, cardiache gravi, oncologiche
- pazienti con trattamenti particolari quali BPCO in ventilo ossigenoterapia a lungo termine
- dialisi territoriale domiciliare, nutrizione artificiale
- pazienti in dimissioni protette da reparti ospedalieri che necessitano di continuità di cure erogabili e domicilio
- pazienti con patologie acute temporaneamente invalidanti trattabili a domicilio
- pazienti in riabilitazione post acuzie
- patologie ed attività che sono o saranno previste da programmi regionali e/o aziendali
- pazienti cronici e con fragilità psico sociali
- pazienti in stato vegetativo o di minima coscienza o con gravi malattie neurologiche

8.2 MODALITÀ DI ACCESSO AL SERVIZIO

• Richiesta servizio ADI

La richiesta di accesso ai servizi di cura domiciliari può essere effettuata presso lo sportello PUA (PUNTO UNICO DI ACCESSO) presente in tutti i Distretti Sanitari di Base dell'ASP di riferimento dal:

- Medico di Medicina Generale (MMG) che rappresenta il riferimento per attivare le diverse forme di assistenza domiciliare;
- Medico del reparto ospedaliero ove la persona è ricoverata configurandosi la fattispecie di "dimissioni protette";
- Assistente Sociale che per qualche motivo segue il paziente;
- familiari o da altre persone (vicino di casa, conoscente, etc.).

• Il ruolo dell'UVM

La domanda di accesso all'ADI avviene attraverso la presentazione dell'apposito "**Modulo di richiesta ADI**" presso l'UVM Distrettuale. L'UVM di competenza attraverso il Responsabile Distrettuale procede all'autorizzazione alla prestazione. Mediante il coinvolgimento attivo del MMG/PLS, previa valutazione preliminare a domicilio del paziente, si procede all'elaborazione

del progetto personalizzato con definizione del profilo di cura, le modalità di erogazione, la durata ed i tempi previsti per la realizzazione dell'intervento trasmettendo on-line alla Centrale Operativa del Consorzio. Nel caso di "Cure domiciliari di base", il "Programma di intervento" e, nel caso di "Cure Domiciliari Integrate di I° II° e III° Livello", il "Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.)".

Il MMG/PLS a sua volta procederà alla redazione e al rilascio presso il domicilio del paziente della "*Cartella Integrata Clinica Domiciliare*".

• **METODI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE**

L'UVM ha il compito e la responsabilità di effettuare la valutazione Multidimensionale.

La Valutazione Multidimensionale (VMD) è un processo globale e dinamico interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona.

Ha l'obiettivo di definire in modo complessivo lo stato di salute di una persona ed è rivolta a valutare, cioè ad analizzare con accuratezza, le capacità funzionali e i bisogni della persona nelle sue diverse dimensioni:

- biologica e clinica (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc.);
- psicologica (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc.);
- sociale (fattori ambientali, condizioni relazionali di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc.),
- funzionale (disabilità ovvero la capacità di compiere uno o più atti quotidiani come lavarsi, vestirsi, salire le scale, ecc.).

Si caratterizza inoltre per l'approccio non solo multidimensionale ma anche multiprofessionale e multidisciplinare ai bisogni assistenziali complessi.

La VMD è da considerarsi il core della continuità assistenziale quando la persona è assistita da più Unità Operative, al fine della non interruzione del processo assistenziale; è necessaria per l'elaborazione del Progetto Assistenziale Individualizzato, per la erogazione dei servizi compartecipati e per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni sociosanitarie.

L'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è l'organismo operativo chiamato a garantire l'integrazione della rete dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali a livello territoriale.

È costituita da un'equipe professionale con competenze multidisciplinari in grado di leggere le esigenze dei cittadini con bisogni sanitari e sociali complessi e di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter definire il percorso più appropriato di trattamento dell'utente.

Sebbene dal territorio emerga l'esigenza di stabilire nuove forme di accesso ai servizi socio-sanitari, la UVM costituisce ad oggi il punto di accesso prioritario, in particolare per i pazienti

anziani e pluripatologici, e rappresenta lo strumento essenziale per garantire l'integrazione dei servizi territoriali (Distretto, Comuni e altri soggetti della rete dei servizi).

Varie e diversificate sono le funzioni attribuite alle UVM, che possono comprendere:

- la valutazione multiprofessionale e multidimensionale che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse, in termini di personale e di servizi;
- l'approvazione di programmi di massima o di progetti di vita delle persone non autosufficienti al fine di mantenere le loro capacità residue;
- la certificazione delle situazioni di non autosufficienza nei casi previsti da normative regionali;
- l'individuazione dell'operatore referente del progetto per la persona, per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni;
- l'individuazione delle risposte ai bisogni mediante la definizione dell'accesso al sistema integrato dei servizi che richiedono un coordinamento inter-istituzionale ed una integrazione delle risorse;
- il monitoraggio e verifica dei risultati dei singoli progetti approvati, nonché la rivalutazione per gli utenti che ne hanno necessità.
- elabora il PAI sottoscritto e condiviso dal paziente

Lo strumento utilizzato per effettuare la valutazione è la scheda SVAMA OSSIA la Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano - SVAMA riassume tutte le informazioni, sotto il profilo sanitario e socio-assistenziale nonché delle abilità residue, utili a descrivere le condizioni della persona per la quale si valutano i bisogni sociali e assistenziali.

- **Ricezione in Centrale Operativa del Programma di intervento o del PAI on-line elaborato ed autorizzato dall'UVM Distrettuale dell'ASP**

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Il PAI relativo al paziente da prendere in carico contiene di norma:

- i dati anagrafici del paziente e l'indirizzo;
- il familiare/caregiver di riferimento con relativo recapito telefonico;
- il nome ed i recapiti del MMG/PLS;
- date di inizio e termine del PAI;
- diagnosi del paziente;
- le figure professionali coinvolte nell'assistenza atte a soddisfare il bisogno assistenziale del paziente;
- la frequenza in termini di accessi settimanali con specifica del numero degli accessi giornalieri con cui i professionisti devono recarsi al domicilio del paziente per soddisfare il bisogno assistenziale;
- gli obiettivi assistenziali delle singole prestazioni;
- gli indirizzi terapeutici per la risoluzione del problema e l'eventuale necessità di ausili e presidi indispensabili per la realizzazione del PAI;
- eventuali consulenze specialistiche e accertamenti diagnostici a domicilio utili a individuare soluzioni alle problematiche del paziente.

• **Comunicazione del PAI al DT**

Il DT esamina il PAI da attivare e, in caso di situazioni complesse, valuta l'opportunità di una visita di accettazione congiunta con il MMG/PLS finalizzata ad approfondire il caso per fornire indicazioni adeguate agli operatori. Successivamente, il DT, dopo un confronto con il Coordinatore del Distretto di competenza (CdD) della Centrale Operativa, individua gli operatori sanitari più idonei a prendere in carico il paziente sia sulla base delle condizioni psicofisiche ed ambientali da quest'ultimo manifestate che sulla base di criteri di appropriatezza quali territorialità, disponibilità, competenze tecnico-specifiche e carico di lavoro dell'operatore sanitario in rapporto anche alla durata degli accessi previsti dalle Linee Guida per l'accesso e il governo delle cure domiciliari integrate. La pianificazione del personale sanitario verrà effettuata grazie ad apposita funzionalità del sistema informativo.

• **Passaggio dal DT agli Operatori di Centrale per l'attività di pianificazione del PAI**

Il personale della Centrale Operativa contatta l'operatore/i sanitario/i individuato/i e gli trasferisce ogni informazione in merito all'utente e all'intervento. Se necessario, l'operatore designato richiederà ulteriori e più particolareggiate informazioni ed istruzioni al fine di una conoscenza preventiva il più completa possibile. In via generale, è prevista la continuità dell'operatore nei confronti del singolo utente (*operatore principale*) evitando il più possibile fenomeni di turnazione e di rotazione degli operatori. Tuttavia a ciascun operatore viene abbinato un secondo operatore che, al presentarsi di specifiche fattispecie, previo un periodo di affiancamento all'operatore principale si potrà avvicinare nell'erogazione del servizio sanitario nei confronti del paziente.

• **La presa in carico**

A seguito dell'acquisizione dei dati, l'Operatore compilerà la Scheda di avvenuta presa in carico indicando la data, nome, cognome e qualifica degli operatori assegnati e tutte le eventuali ulteriori informazioni richieste dall'ASP.

Il Consorzio è in grado di garantire il trattamento di almeno 1000 casi di I, II e III Livello/anno e l'operatività del servizio di presa in carico del paziente nei tempi e nella modalità sancite dal PAI:

- per ciascun paziente è individuato un case manager
- il consorzio garantisce il collegamento con il MMG/PLS del paziente
- il consorzio garantisce il collegamento con i Medici di continuità assistenziale
- il consorzio garantisce il collegamento con i servizi sociali del Comune di residenza del paziente
- il consorzio garantisce una efficace ed immediata presa in carico dei pazienti per le CD di I, II e III Livello
 - a. I e II livello entro 48 ore
 - b. III livello entro le 24 ore
- il consorzio garantisce un'assistenza di almeno 5 gg su 7 gg e in dettaglio:
 - a. per le CD di I: almeno 5/7 gg

b. per le CD di II e III Livello: 7/7 gg

- il consorzio garantisce assistenza nutrizionale al paziente secondo il metodo NCP (valutazione, diagnosi, intervento e monitoraggio).
- il consorzio garantisce almeno una consulenza psicologica a settimana per i pazienti in CD di II e III livello
- il consorzio garantisce la pronta disponibilità di un medico o di un infermiere 7/7 e 24h/24h per le CD di III livello

Prima dell'accesso al domicilio l'operatore assicura che il diario clinico sia stato consegnato a domicilio e che il paziente disponga dell'occorrente per il primo accesso.

- **Preliminare preavviso all'utente e/o alla famiglia**

L'operatore di Centrale contatterà l'utente e/o la famiglia per informare dell'avvio del servizio di assistenza domiciliare ed effettuerà la verifica dei dati anagrafici e le necessità dell'assistito. Durante il contatto telefonico viene concordato il giorno e l'orario d'inizio dell'intervento, coerentemente a quanto previsto dal PAI e tenendo in debito conto le esigenze dell'utente. Si procede in tal modo alla definizione della "*Tabella di marcia*" complessiva delle attività programmate ponendo particolare attenzione ad evitare la sovrapposizione delle diverse figure professionali che devono effettuare la prestazione a domicilio del paziente. L'operatore di Centrale dedicherà particolare cura nel descrivere il servizio da erogare, presentare l'operatore/i sanitario/i che effettuerà l'intervento ed il secondo operatore sanitario individuato in caso di sostituzioni. L'operatore fornisce indicazioni in merito alla tipologia di intervento anche da un punto di vista organizzativo e risponde alle ulteriori informazioni e chiarimenti richieste dall'utenza.

Qualora per specifiche esigenze si ravvisi la necessità di modificare l'orario di accesso prestabilito, la Centrale Operativa procederà alla modifica solo previo assenso formale da parte dell'utente interessato ed autorizzazione da parte dell'UVM.

- **Tempistica di primo accesso del paziente**

Completate tutti gli adempimenti avvenuti dalla presa in carico Il primo accesso, avverrà di norma entro **48 ore per I e II Livello, entro 24 ore per i casi del III livello** e entro le **12 ore nei casi di urgenza e/o dimissioni protette** e viene comunicato all'UVM con la "Scheda di primo accesso".

- **Prima prestazione a domicilio del paziente**

L'operatore designato a svolgere il nuovo intervento inizierà nel giorno ed orario stabiliti dotandosi preventivamente dei presidi, attrezzature e del materiale sanitario necessario per la prestazione e/o da consegnare a domicilio del paziente sulla base di quanto prescritto dal PAI.

Nel dettaglio l'operatore sanitario provvederà a:

- erogare la prestazione sanitaria prescritta nel PAI o nel Programma di Intervento;
- consegnare la “Cartella Clinica”, preventivamente concordata con l’ASP, che verrà aggiornata ad ogni accesso effettuato;
- consegnare materiale informativo al paziente o familiare/cargiver;
- riportare nell’apposito modulo della “Cartella Clinica” l’orario di inizio e di fine dell’accesso, il proprio nome e cognome e la firma per esteso avendo cura di far apporre una firma del paziente/familiare/caregiver riportando il nome ed il cognome;
- rilevare la propria presenza in tempo reale e l’attività prestata anche mediante app su apposito device;
- compilare ed aggiornare il “Registro di consegne” presso il domicilio dell’assistito;
- acquisire i consensi da parte del paziente/familiare/caregiver;
- effettuare le prestazioni relative all’attività educativa, relazionale ed ambientale, informare ed istruire operativamente il paziente ed i suoi familiari/cargiver con la consegna di schede semplici e chiare contenenti le spiegazioni di tutte le manovre da eseguire;

Oltre a tali attività l’operatore potrà erogare le prestazioni non sanitarie di supporto al singolo accesso onnicomprensivo quali:

- trasporto dei prelievi di materiale biologico dal domicilio del paziente al laboratorio di analisi e successivo ritiro del referto e sua consegna al paziente/care giver;
- consegna a domicilio del paziente dei farmaci, materiali e dei dispositivi medici (presidi, ausili e apparecchiature elettromedicali);
- approvvigionamento e sistemazione presso il domicilio dei pazienti di idonei contenitori per la raccolta dei rifiuti biologici e il loro relativo smaltimento in linea con i dispositivi di legge.

• **Comunicazione della presa in carico**

La Centrale Operativa avvenuto il primo accesso da parte dell’operatore sanitario trasmette all’UVM distrettuale la “**Scheda di presa in carico**” contenente la data, il nome ed il cognome e la qualifica dell’operatore o degli operatori incaricati con allegata “**Scheda di primo accesso e di valutazione clinica del paziente**”, peraltro disponibile attraverso il sistema informativo “Dossier ADI”.

• **La Scheda di primo accesso**

A seguito dell’acquisizione dei dati, l’Operatore compilerà la Scheda di avvenuta presa in carico indicando la data, nome, cognome e qualifica degli operatori assegnati e tutte le eventuali ulteriori informazioni richieste dall’ASP. Il Consorzio garantisce l’operatività del

servizio di presa in carico del paziente per le Cure Domiciliari di I e II Livello per 6 gg a settimana.

Per quanto riguarda, invece, l'operatività del servizio di presa in carico del paziente per le Cure Domiciliari di III° Livello il Consorzio Sisifo lo garantisce per 7 gg a settimana.

La "Scheda di primo accesso", da adottare secondo modello offerto dall'ASP, potrà avere la seguente struttura:

SCHEDA DI VALUTAZIONE PRIMO ACCESSO	
COGNOME _____	1) <input type="checkbox"/> Dolore 2) <input type="checkbox"/> Respirazione/O2 terapia 3) <input type="checkbox"/> Circolazione
NOME _____	4) <input type="checkbox"/> Alimentazione/Idratazione (Rischio malnutrizione: <input type="checkbox"/> 0= basso <input type="checkbox"/> 1 = medio <input type="checkbox"/> =2 = elevato
DATA DI NASCITA _____	5) <input type="checkbox"/> Eliminazione 6) <input type="checkbox"/> Igiene 7) <input type="checkbox"/> Integrità cutanea
STATO CIVILE _____	8) <input type="checkbox"/> Movimento 9) <input type="checkbox"/> Rischio caduta 10) <input type="checkbox"/> Fabbisogno educativo del care giver
PROFESSIONE _____	
RESIDENZA _____	
TELEFONO _____	Si segnala per: _____
DIAGNOSI DI RICOVERO _____	
DATA INGRESSO _____	
CF _____	Patologie concomitanti: _____
DISTRETTO DI APPARTENENZA _____	
MMG/PLS _____	
NOTE: _____ _____ _____	Terapia in corso: <input type="checkbox"/> antipertensiva <input type="checkbox"/> anticoagulante <input type="checkbox"/> cardiologica <input type="checkbox"/> diuretica <input type="checkbox"/> reidratante <input type="checkbox"/> insulina <input type="checkbox"/> ipoglicemizzante orale <input type="checkbox"/> chemioterapia <input type="checkbox"/> antiasmatico <input type="checkbox"/> analgesica <input type="checkbox"/> anticomiziale <input type="checkbox"/> lassativa <input type="checkbox"/> sedativa <input type="checkbox"/> TAO <input type="checkbox"/> stupefacente
	Cargiver autorizzata allo scambio di informazioni: Cognome _____ Nome _____ Parentela _____ Tel _____ Cell _____ Note _____

- **Valutazione in itinere**

Dopo i primi due/tre interventi effettuati l'operatore sanitario avrà cura di relazionare al RC sull'andamento del servizio, sugli obiettivi e sulle modalità di svolgimento; farà presente il proprio punto di vista e le proprie riflessioni utili ad una completa conoscenza del contesto di riferimento del paziente. Formalizzerà ogni dato significativo nel Dossier ADI del paziente.

Nel caso emergano dei problemi nel corso degli accessi, l'operatore informa tempestivamente il DT che provvede ad informare il MMG/PLS dell'assistito e le UVM Distrettuali e a mettere in atto le possibili azioni correttive e di miglioramento attraverso l'apposita "**Scheda di Valutazione**".

- **Attivazione di consulenze specialistiche e pronta disponibilità di medici specialisti**

Il Consorzio ha già acquisito la **disponibilità da parte di medici specialistici** presenti in strutture esterne al fine di assicurare standard adeguati all'erogazione del servizio ADI per la realizzazione di interventi in relazione al bisogno di salute dell'assistito.

La disponibilità è stata data da medici per le seguenti specializzazioni:

- Nefrologia/Urologia
- Anestesia
- Chirurgia d'Urgenza e Pronto Soccorso
- Ortopedia e Traumatologia
- Reumatologia
- Odontoiatra
- Pneumologa
- Pediatria
- Chirurgia Vascolare
- Cardiologia
- Neurologia
- Geriatria
- Dermatologia
- Anestesia
- Chirurgia
- Geriatria
- Neurologia
- Neuropsichiatria infantile
- Oncologia medica
- Oncologia pediatrica
- Pediatria
- Pneumologia
- Nutrizione clinica
- Terapia del dolore

Inoltre SISIFO dispone di almeno 1 profilo per centrale operativa:

- Infermiere pediatrico
- Mediatore culturale

• **Variazioni clinico/assistenziali dei pazienti assistiti**

La modalità di gestione delle informazioni, di fronte a variazioni clinico/assistenziali dei pazienti in assistenza, necessita di una maggiore attenzione rispetto ad una gestione routinaria in quanto la loro circolazione deve avvenire in maniera rapida e completa tra i soggetti che intervengono nel processo di trattamento.

- **Valutazione delle necessità di modifica**

E' di competenza dell'UVM la predisposizione del PAI nonché la decisione in merito alla modifica o alla proroga di piani assistenziali già in atto. La proroga verrà richiesta dal MMG/PLS entro 7 giorni prima della scadenza del PAI. Il Consorzio, in linea generale, ritiene che tali modifiche si possano rendere necessarie a causa del cambio nelle condizioni dell'utente (ad esempio per insorgenza di nuovi stati patologici, modifica delle condizioni di vita dell'utente dovute a motivi familiari e simili, miglioramento delle condizioni cliniche, etc.) o a causa dell'inefficacia dell'intervento di assistenza domiciliare. Nel caso in cui l'operatore sanitario ravvisi eventuali modifiche delle condizioni clinico-assistenziali procede ad informare il DT che dopo una propria valutazione stabilirà se inoltrare all'UVM richiesta di variazione tramite l'apposita "**Scheda di Valutazione**" archiviandola nel "Dossier ADI" e condivisa con l'U.V.M.

- **Decisione di modifica**

L'UVM potrà apportare in seguito alla segnalazione del RC le modifiche al PAI. Tali modifiche, presumibilmente, potranno riguardare il tipo di intervento da prestare, la sua entità, la frequenza settimanale, la sua durata e l'intensità.

- **Trasmissione della modifica del PAI alla Centrale Operativa**

La modifica, esplicitamente espressa in forma scritta nel PAI disponibile anche in via informatica, verrà trasferita dall'UVM alla Centrale Operativa. Il RC ne prende atto e procede alla relativa pianificazione organizzativa.

- **Comunicazione al personale sanitario**

Il RC procederà ad illustrare le modifiche del PAI e la riformulazione dei programmi di lavoro agli operatori sanitari assegnati alla prestazione.

- **Verifica e passaggio di informazioni**

Dopo i primi accessi, gli operatori relazioneranno al RC in merito ai primi esiti della modifica apportata al programma assistenziale e questi procederà a fornire aggiornamenti tempestivi e le rivalutazioni secondo i tempi indicati nel PAI.

- **Temporanea sospensione della prestazione**

La tempestiva comunicazione è garantita anche nel caso di temporanea sospensione del servizio al verificarsi di determinati eventi quali:

- ricovero del paziente deciso nel corso di un accesso, in regime di urgenza, oppure in un momento in cui il personale del servizio domiciliare non si trovava al domicilio del paziente.

L'evento viene registrato nel sistema informativo, vengono deallocate le risorse e fatta comunicazione all'UVM (salvo la comunicazione non provenga dallo stesso);

- richiesta con comunicazione scritta da parte dell'ASP inoltrata alla Centrale Operativa;
- richiesta da parte del paziente e/o familiari: la richiesta viene scritta sulla "Cartella Clinica" e firmata dal paziente o da uno dei familiari. La CO tempestivamente informerà attraverso specifico modulo l'UVM della sospensione richiesta dall'utente.

• Chiusura anticipata del PAI

La Centrale Operativa si impegna a comunicare tempestivamente la **chiusura anticipata del PAI**, con validazione da parte dell'ASP, che si può verificare in seguito a:

- guarigione: l'evento viene segnalato all'ASP con una relazione redatta dal DT;
- rinuncia del paziente e/o familiari al servizio: la decisione verrà scritta sull'apposito modulo e firmata dal paziente o da uno dei familiari;
- ricovero definitivo: l'evento viene registrato nel sistema informativo, vengono de-allocate le risorse e fatta comunicazione al l'UVM (salvo la comunicazione non provenga da esso);
- decesso: l'evento viene registrato nel sistema informativo, vengono deallocate le risorse e fatta comunicazione al UVM (salvo la comunicazione non provenga da esso).

• Presa in carico del paziente dopo temporanea sospensione del PAI a seguito di ricovero

I familiari o l'assistito devono rivolgersi nuovamente al PUA per riattivare il servizio ADI salvo non venga effettuata una dimissione programmata o protetta dal reparto in cui è stato ricoverato. Si procede all'attribuzione del servizio ADI secondo le modalità descritte al paragrafo "*Modalità di presa in carico nuovo paziente e attivazione del servizio*".

• Presa in carico del Paziente in Urgenza

Nel caso della presa in carico di un paziente critico la CO riceve la "**Scheda di presegnalazione**" da parte del reparto ospedaliero e/o dall'UVM con un anticipo di almeno 48 ore dalle dimissioni del paziente.

Nella scheda vengono riportate le principali informazioni necessarie a garantire la continuità clinico assistenziale. Inoltre prima delle dimissioni del paziente, il DT concorda con il Responsabile Medico del reparto di provenienza la formazione specifica da far effettuare direttamente presso il reparto al personale ADI individuato per la futura gestione del paziente critico. Tale formazione garantisce una conoscenza maggiormente approfondita e specifica dei bisogni clinico-assistenziali del paziente e consente di poter adeguatamente preparare il servizio da erogare. Sarebbe auspicabile inoltre che dal Reparto Ospedaliero pervenga anche copia della lettera di dimissione per essere informati tempestivamente in merito alla terapia alla dimissione.

• Analisi del Programma di Intervento o del PAI

Nel caso di presa in carico del paziente critico la CO riceve il PAI che viene esaminato dal DT che in caso di situazioni complesse, valuta l'opportunità di una visita di accettazione congiunta con il MMG/PLS finalizzata ad approfondire il caso. Il DT attiva **entro 24/48 ore** presso il domicilio del paziente il personale già selezionato, informato e formato garantendo la continuità assistenziale.

• In caso di urgenza del paziente già assistito in ADI

In caso di urgenze che intervengano in pazienti già in assistenza si eseguono le seguenti attività:

- gli operatori di Centrale devono rassicurare il paziente e/o il familiare trasferendo la chiamata al Responsabile Sanitario;
- il RC valuta le necessità del paziente per la possibile attivazione di un infermiere. Comunica alla famiglia le procedure da attuare sia in attesa dell'intervento in urgenza sia nel caso di non attivazione dell'infermiere;
- gli operatori di Centrale registreranno sul software gestionale l'accesso in urgenza e invieranno al Distretto di competenza, mediante la piattaforma, l'autorizzazione motivata e sottoscritta dal RC

• Dotazioni Strumentali

Le figure professionali coinvolte nell'erogazione del servizio di Cure domiciliari avranno una definita dotazione strumentale. Rif. Allegato n. 1 Elenco presidi e dispositivi assistenza domiciliare.

Per garantire un servizio di assistenza adeguato ai vari setting assistenziali e a una complessità assistenziale estremamente variabile, gli operatori sono dotati di materiale d'uso, presidi, strumentazioni ed attrezzature elettromedicali.

• Dotazioni di Personale

Le cooperative o il loro eventuale comitato di gestione ha la responsabilità della corretta gestione del servizio e il potere di nomina delle figure operative della centrale quali:

1. Medico Responsabile di Centrale/ Direttore Tecnico
2. Coordinatore Infermieristico
3. Coordinatore dei Tecnici della Riabilitazione
4. Pianificatore
5. Case Manager
6. Centralino e Segreterie
7. Tutti gli operatori sanitari domiciliari

L'organizzazione ha una dotazione complessiva per sede così costituita:

- Direttore Tecnico

- Medico specialista in Medicina Interna/Geriatria/Medicina Fisica e Riabilitazione
- Psicologo
- Infermiere (di cui uno con funzione di Coordinamento se la struttura ha in organico più di 20 infermieri)
- Professionista della Riabilitazione: Fisioterapista (di cui uno con funzioni di Coordinamento se la struttura ha in organico più di 12 fisioterapisti).
- Fisioterapista Logopedista, Terapista occupazionale
- Dietista
- Assistente Sociale
- Operatore Socio Sanitario
- Addetto alla gestione della sede organizzativa (almeno quattro di cui uno con funzione di Coordinamento)

La dotazione complessiva di personale è incrementata in misura proporzionale all'aumento del numero di assistiti.

8.3 Registrazione sul sistema informatizzato

Il sistema informatico per la gestione del servizio ADI è progettato in modo da consentire una integrazione ed interfacciabilità con il sistema in uso dell'ASP e strutturato all'acquisizione dei documenti sulla base dei modelli in uso presso l'Azienda Sanitaria.

Il sistema permette un costante collegamento tra l'operatore sanitario e il Medico , e la CO con la tracciabilità delle attività e la condivisione delle informazioni anche a beneficio dell'ASP che potrà in tal modo essere real time aggiornata sull'esecuzione delle prestazioni appaltate. Tale processo è reso possibile in quanto ciascun operatore avrà a disposizione un palmare/tablet di ultima generazione.

L'operatore viene abilitato all'accesso al "Dossier ADI" del paziente in cui sono presenti i dati anagrafici del paziente e dei familiari/cargiver, il programma di intervento/PAI, la "Tabella di marcia", etc. e potrà grazie al sistema della firma grafometrica rilevare la firma del paziente alla fine della prestazione.

8.4 Tempistica di primo accesso del paziente

Completate tutti gli adempimenti avvenuti dalla presa in carico

Il primo accesso, avverrà di norma entro **48 ore nei casi ordinari (I e II livello)** e entro le **24 ore i pazienti del III livello o nei casi di urgenza e/o dimissioni protette** e viene comunicato all'UVM con la "Scheda di primo accesso".

8.5 Modalità di pianificazione degli accessi per i pazienti in dimissione protette

La richiesta di attivazione del servizio di assistenza domiciliare può essere effettuata direttamente da una struttura ospedaliera dando luogo alle cd. "dimissioni protette".

L'accesso per i pazienti in dimissione protetta si realizza per pazienti critici non stabilizzati ma comunque con i requisiti di ammissione in ADI o con quelli di ammissione in strutture residenziali extraospedaliere. La cartella clinica ospedaliera viene chiusa al momento della dimissione e il paziente viene preso totalmente in carico dal sistema delle cure territoriali con il medico di Medicina Generale come unico responsabile clinico del paziente.

I momenti essenziali della stessa, da mettere in atto prima della dimissione, con un anticipo di almeno 2 giorni rispetto alla data prevista di dimissione, sono:

- dimissione concordata e programmata mediante inoltro della “Scheda di presegnalazione”;
 - la programmazione partecipata degli interventi (piano di assistenza)
 - individuazione e formazione degli operatori sanitari individuati preferibilmente direttamente presso il reparto referente della dimissione protetta;
 - verifica dell'esistenza di problemi complessi;
 - l'analisi della capacità della famiglia di prendersi cura del proprio congiunto;
 - la predisposizione delle risorse e delle procedure organizzative.
- **Modalità di presa in carico**

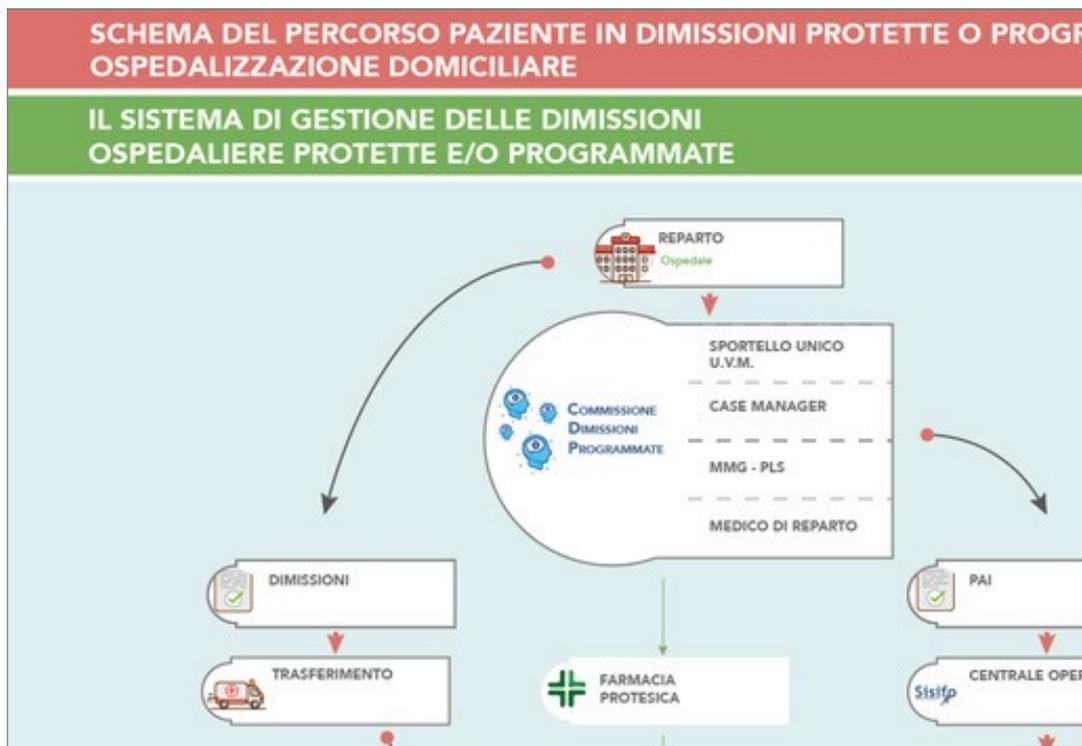
In caso di dimissione protette del paziente la struttura ospedaliera prende contatti con il distretto sanitario di base che attraverso l'UVM identifica i bisogni del paziente ed elabora il PAI.

Elaborato il PAI viene trasmesso alla Centrale Operativa. Il Responsabile Sanitario dopo aver esaminato il PAI provvederà ad individuare l'operatore sanitario più adatto all'esecuzione delle prescrizioni sanitarie e procederà ad inserire il nuovo intervento nei piani di lavoro degli operatori richiedendo l'attivazione e l'organizzazione del trasporto del paziente dall'ospedale presso il suo domicilio.

- **Fase di cura e monitoraggio**

La centrale operativa si occupa di garantire le turnazioni del personale individuato per la cura e l'assistenza dei pazienti critici, riducendo al minimo le sostituzioni improvvise grazie alla reperibilità settimanale degli stessi operatori che assistono il paziente. Nuovi operatori verranno inseriti in turno solo in caso di effettiva necessità, e comunque, solo dopo un periodo di affiancamento ai colleghi già presenti al domicilio del paziente.

Il personale si impegna a relazionare periodicamente, al medico responsabile di centrale, sulle condizioni cliniche, sulle necessità assistenziali del paziente e sulle eventuali criticità riscontrate durante la gestione dello stesso. Il personale pone particolare cura e attenzione alla compilazione della scheda di primo accesso e alla gestione e compilazione della Cartella Clinica.



8.6 Valutazione sull'opportunità di ricorso alla telemedicina

Nel caso in cui il paziente possenga i criteri di eleggibilità determinati per poter fruire degli strumenti di telemedicina, verranno inseriti nel PAI anche i percorsi assistenziali a distanza. (All.01 Telemedicina)

I due requisiti fondamentali per accedere ai servizi di telemedicina attuati da SISIFO sono:

- Pazienti con patologie croniche e Pazienti terminali le cui condizioni cliniche sono tali da richiedere un monitoraggio ed assistenza h 24
- Pazienti logisticamente difficili da raggiungere perché residenti al mare, in piccole isole, in montagna o semplicemente in aree rurali poco collegate alle città di riferimento.

SISIFO ricorre alla telemedicina per migliorare ed amplificare l'efficacia dei percorsi di cure domiciliari di I -II -III livello

I servizi di telemedicina potranno infine essere attuati in percorsi di assistenza convenzionata con SSN.

I servizi di telemedicina, in particolare puntano a:

- migliorare ed incrementare le attività di assistenza domiciliare a scapito di quelle ospedaliere
- razionalizzare le decisioni attraverso la consultazione a distanza con gli specialisti
- ridurre il costo della cura del paziente

Nel PAI dei pazienti candidabili a ricevere la teleassistenza si determineranno le finalità del ricorso alla Telemedicina che si può realizzare per le seguenti finalità sanitarie:

- **Prevenzione secondaria** Si tratta di servizi dedicati alle categorie di persone già classificate a rischio o persone già affette da patologie (ad esempio diabete o patologie cardiovascolari), le quali, pur conducendo una vita “normale” devono sottoporsi a costante monitoraggio di alcuni parametri vitali, come ad esempio, tasso di glicemia per il paziente diabetico, al fine di ridurre il rischio di insorgenza di complicazioni.
- **Diagnosi** Si tratta di servizi che hanno come obiettivo quello di muovere le informazioni diagnostiche anziché il paziente. Un iter diagnostico completo è difficilmente eseguibile attraverso l’uso esclusivo di strumenti di Telemedicina, ma la Telemedicina può costituire un completamento o consentire approfondimenti utili al processo di diagnosi e cura, ad esempio, attraverso la possibilità di usufruire di esami diagnostici refertati dallo specialista, presso l’ambulatorio del medico di medicina generale, la farmacia, il domicilio del paziente.
- **Cura** Si tratta di servizi finalizzati ad operare scelte terapeutiche ed a valutare l’andamento prognostico riguardante pazienti per cui la diagnosi è ormai chiara.
- **Riabilitazione** Si tratta di servizi erogati presso il domicilio o altre strutture assistenziali a pazienti cui viene prescritto l’intervento riabilitativo come pazienti fragili, bambini, disabili, cronici, anziani.
- **Monitoraggio.** Si tratta della gestione, anche nel tempo, dei parametri vitali, definendo lo scambio di dati (parametri vitali) tra il paziente (a casa, in farmacia, in strutture assistenziali dedicate...) in collegamento con una postazione di monitoraggio per l’interpretazione dei dati.

Come si evince la telemedicina abbraccia diversi ambiti operativi ed un'ampia varietà di servizi ma quelli che SISIFO intende attuare perché indicati ed appropriati in un percorso di assistenza domiciliare sono i seguenti:

- Telemonitoraggio
- Televisita
- Teleconsulto
- Teleconsulenza
- Teleassistenza
- Telerefertazione

Il processo si caratterizza per i seguenti fattori che dovranno resi espliciti nei PAI in cui è prevista la telemedicina:

- Luogo di fruizione della prestazione in Telemedicina (punto di vista dell’Utente):
 - Domicilio

- Strutture Assistenziali dedicate, Residenze Sanitarie Assistite

- Modalità (Modalità temporale con cui la prestazione viene erogata):
 - in tempo reale
 - in differita
 - mista

- Durata (Durata temporale della prestazione):
 - continuativa
 - occasionale
 - periodica

- Rischio clinico:
 - emergenza
 - controllo
 - cronico

- Professionisti coinvolti presso il luogo di fruizione:
 - Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta
 - Medico Geriatra
 - Professionisti sanitari dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica
 - Professionisti della riabilitazione
 - Professionisti sanitari dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico-assistenziale
 - Professionisti sanitari della prevenzione
 - Farmacista
 - altro

- Professionisti erogatori:
 - Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta
 - Medico Specialista

- Professionisti sanitari dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica
 - Professionisti della riabilitazione
 - Professionisti sanitari dell'area tecnico-diagnostica e dell'area tecnico assistenziale
 - Professionisti sanitari della prevenzione
 - altro
- Altre figure coinvolte
 - caregivers
 - altro

- Patologia

L'attività assistenziale è rivolta sia alla persona malata che al suo nucleo familiare; tale attività assistenziale é assicurata da SISIFO ai pazienti inseriti in cure domiciliari di I- II- III livello che le verranno assegnati integrato da momenti di telemedicina e interventi psico-sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale.

- Parametri misurati/trattamento

- Identifica i parametri misurati, i trattamenti effettuati, le cure prescritte.

Il personale presente nel “Call center” del Centro Operativo (di livello infermieristico, professionalmente qualificato e opportunamente addestrato) svolge le attività di monitoraggio, triage, follow-up e coaching nella gestione del paziente.

Questo personale rimarrà in contatto con le diverse figure mediche a conoscenza della vicenda clinica del paziente, coordinerà, su indicazione medica, gli interventi necessari in maniera articolata, fronteggiando ogni possibile esigenza del paziente. Ciò avverrà, in forma personalizzata, gestendo eventuali “alert” fino all’intervento a domicilio del professionista sanitario in presenza di criticità avanzate.

Il “Centro” opererà su una piattaforma web con software che dovrà permettere di raccogliere e gestire dati biomedici ed eventi clinici (Triage) riguardanti il paziente in modo integrato e coordinato, sempre sotto il controllo del personale medico/infermieristico previsto.

Ovviamente tutte le iniziative sono stabilite fissate in appositi protocolli operativi elaborati dal “Team medico/sanitario” dei partners del progetto. La ricerca verrà effettuata ed i protocolli di uso saranno predisposti mediante appositi studi/ricerca in collaborazione con il team medico/sanitario. La realizzazione del progetto consentirà di ottenere l’accesso ai parametri clinici salvati in tempo reale presso il Centro di Controllo allo scopo di fornire al medico curante le informazioni, per la prevenzione e cura.

Per maggiori dettagli si rimanda All.01_PR.ADI.8.5 Telemedicina.

8.7 Trasporto di materiali organici

Le modalità di prelievo, conservazione e trasporto dei materiali organici da sottoporre a esami sono previsti e sono regolamentati da apposita procedura.(PT.8.5.ASS_14 TRASPORTO DI MATERIALE BIOLOGICO PRESSO LABORATORI AUTORIZZATI)

8.8 Valutazione sull'opportunità di ricorso ad altre strutture sanitarie o ad altri operatori esterni

Il Case manager definisce i collegamenti funzionali tra l'equipe Multidisciplinare e le strutture esterne coinvolte nell'assistenza.

In genere il ruolo di Case Manager è ricoperto da un profilo interno all'ASP salvo determinazioni diverse da parte dell'ASP che potrebbe decidere di affidare il ruolo all'infermiere coordinatore o all'assistente sociale dell'ADI.

Per ciascun paziente inserito nelle cure domiciliari è necessario individuare il referente del caso (Case Manager) che ha il compito di seguire l'assistito durante tutto il percorso assistenziale, garantendo la continuità dei rapporti tra chi governa l'erogazione dell'assistenza e la persona e favorisce l'integrazione, facilita i processi di comunicazione tra i soggetti coinvolti e verifica che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni e/o vuoti di assistenza.

Inoltre al Case Manager spetta proporre eventuali ipotesi di coinvolgimento di strutture sanitarie del territorio per la soddisfazione di bisogni specifici del paziente ed il coinvolgimento di operatori sanitari esterni a SISIFO che abbiano le competenze e le specializzazioni idonee a soddisfare tutti i fabbisogni assistenziali.

Il case manager cura e definisce un Piano di continuità assistenziale per ogni paziente attingendo dalla rete clinico assistenziale del territorio di competenza.

La risposta organica alla frammentazione della cura, al trattamento inappropriato e alla deviazione dalle linee guida è la "gestione integrata della cronicità": la gestione integrata viene definita, nel contesto clinico, come "l'approccio organizzativo, propositivo e multifattoriale all'assistenza sanitaria fornita a tutti i pazienti. L'assistenza socio sanitaria è incentrata e integrata sui diversi aspetti della malattia e delle relative complicanze, sulla prevenzione delle condizioni di co-morbilità e su aspetti rilevanti del sistema di erogazione".

Eventuali professionisti o organizzazioni esterne coinvolte nel percorso assistenziale saranno inseriti in un albo di professionisti opportunamente e preventivamente valutati perché ritenuti idonei a svolgere l'attività specialistica richiesta.

I rapporti di convenzione con enti e/o soggetti esterni propri dell'ADI del percorso assistenziale sono comunque definiti direttamente dal Direttore Tecnico.

8.9 Modalità di segnalazione delle anomalie riscontrate durante lo svolgimento delle attività di assistenza e di comunicazione con le UU.VV.MM. e con i MMG e PLS sull'andamento dei casi (relazioni settimanali di uno o più operatori)

L'operatore sanitario durante l'erogazione delle prestazioni comunica l'andamento delle attività mediante la redazione di "Relazione Clinica" che viene visionata dallo staff di coordinamento della Centrale Operativa (Coordinatore Infermieristico, Coordinatore Fisioterapico e Direttore Tecnico).

Di fronte alla presenza di cambiamenti socio-sanitari di rilievo intervenuti in seguito alle mutate condizioni di salute, familiari e ambientali del paziente l'operatore comunica tempestivamente con l'inoltro della "Relazione clinica" allo staff di coordinamento il quale procede ad effettuare la segnalazione al MMG/PLS e all'UVM per i necessari e conseguenti interventi.

Il MMG/PLS potrà richiedere una variazione o una proroga degli accessi all'UVM che, a seguito di valutazione congiunta, potrà autorizzare l'ATI modificando il PAI.

La variazione può avvenire, anche, tramite la prescrizione del MMG/PLS sul "Diario Clinico" dell'assistito. In tal caso la Centrale Operativa invia una mail con allegato il "Modulo Comunicazione ADI" al distretto interessato contenente la data esatta della variazione del PAI, la frequenza degli accessi e la motivazione di tale variazione, con allegata richiesta del MMG/PLS, dando inizio a tale variazione solo quando il Distretto ne invia autorizzazione.

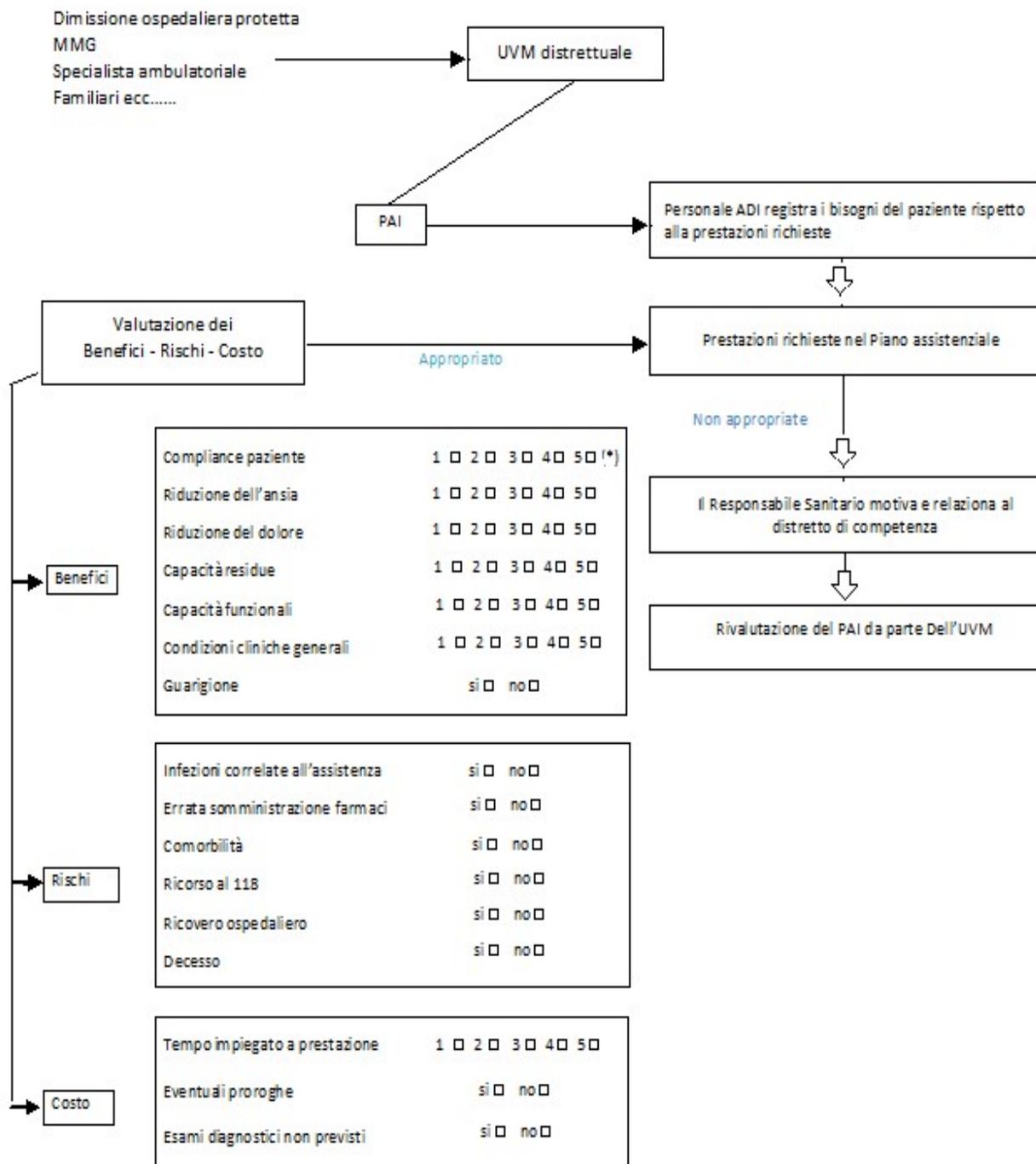
A cadenza settimanale su pianificazione del Direttore Tecnico e con la supervisione del psicologo e dell'assistente sociale, verranno attuati momenti di confronto con gli operatori del servizio. In particolare riunioni plenarie e di equipe territoriali mono e pluri professionali al fine di condividere tecniche ed organizzative gestionali. Nello specifico tali momenti garantiranno il passaggio delle consegne, la circolarità delle informazioni sui comportamenti professionali e umani di ciascun operatore, valutare le attività di integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali domiciliari, secondo quanto previsto dagli Accordi di Programma sottoscritti dall'ASP con i Comuni per dare attuazione ai Piani di Zona in materia di integrazione socio-sanitaria, e infine la discussione dei casi clinici e la risoluzione di problematiche insorte con i pazienti.

8.10 Gestione di eventuali urgenze, eventi imprevisti

La procedura che definisce le modalità di gestione del paziente in caso di urgenze o eventi imprevisti (clinici, organizzativi, tecnologici) è la PR.ACC.8.5 - 01 Accesso alle prestazioni e continuità assistenziale_rev.01.

8.11 Sistema di controllo e di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni

Al fine di eseguire il controllo sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, con l'utilizzo di indicatori oggettivi, si procederà alla valutazione (a metà e fine percorso clinico) dei benefici, rischi e costi del servizio erogato. Tale strumento di controllo verrà attuato grazie alla compilazione da parte del personale sanitario medico di apposito questionario. Di seguito il flow chart del processo di valutazione.



(*) 1 = Mediocre 2 = Insufficiente 3 = Sufficiente 4 = Discreto 5 = Buono

9 EROGAZIONE DI PRESTAZIONI ADI IN LIBERA PROFESSIONE

Il Consorzio SISIFO attraverso la propria organizzazione è in grado di fornire ai pazienti che ne fanno richiesta attività sanitarie in regime libero professionale.

Ad oggi nonostante la capacità organizzativa ad erogare prestazioni libero professionali, l'organizzazione ha scelto, di non fornire questi servizi in quanto gli stessi sono garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale in forma gratuita per l'utente.

MODALITA' DI REDAZIONE DEL PIANO DI CURA:

Dopo aver ricevuto la richiesta di prenotazione da parte dell'utente/caregiver, che può avvenire sia telefonicamente tramite la centrale operativa che recandosi presso la sede, il Direttore Tecnico contatta il MMG/PLS o lo Specialista di riferimento per avere tutte le informazioni necessarie per redigere il Piano di Cura in funzione dei bisogni dello stesso.

A Seguito di valutazione congiunta tra i sanitari di cui sopra, IP coordinatore e Assistente sociale, viene redatta la SVAMA Sanitaria e sociale, al fine di identificare i bisogni da soddisfare attraverso il Piano di Cura.

Redatto il Piano di cura il Consorzio Sisifo avvierà il processo di presa in carico del paziente con le modalità previste dalla presente procedura PR.ADI.8.5 GESTIONE PROCESSO ASSISTENZIALE ADI, e lo stesso dicasi per le dimissioni dello stesso, escludendo dalle azioni le comunicazioni da e per l'ASP.

Stabilito quindi il Piano di Cura, si sottoporrà il relativo preventivo con le tariffe di seguito elencate per le singole prestazioni assistenziali:

- assistenza infermieristica € 30,00 l'ora
- assistenza riabilitativa e logopedica € 30,00 l'ora
- assistenza socio sanitaria € 25,00 l'ora
- supporto psicologico € 35,00 l'ora
- consulenze medico specialistiche € 65,00

Mensilmente verrà quindi presentata la fattura con il riepilogo delle prestazioni fornite che potranno essere pagate dall'utente tramite bonifico bancario.

10 GESTIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA

All'atto della presa in carico, presso il domicilio di ciascun assistito viene depositata una cartella portadocumenti, che conterrà i diari relativi agli interventi degli operatori.

Ogni operatore registra il proprio intervento domiciliare su un apposito foglio di diario giornaliero, che viene firmato dall'ammalato o da un familiare di riferimento e depositato all'interno della cartella portadocumenti. Tale cartella, comprensiva di tutti i documenti ivi inseriti, deve essere opportunamente custodita.

Gli operatori infine raccolgono all'interno delle proprie cartelle sanitarie (specifiche per profilo professionale) le informazioni necessarie a rilevare il percorso assistenziale e terapeutico del malato, al fine di determinare le cure da somministrare.

Su tale modulo saranno indicate le azioni effettuate in occasione di ciascun accesso presso il domicilio del paziente. Il documento, controfirmato dal familiare di riferimento, certifica l'avvenuto intervento dell'operatore.

Una copia del diario verrà lasciata presso il domicilio del paziente affinché il successivo operatore conosca le azioni svolte dai suoi colleghi, ed una verrà trasferita presso la Centrale Operativa ed inserita nella cartella del paziente a cura della Segreteria che provvederà anche ad aggiornare gli interventi effettuati dagli Operatori Sanitari componenti l'équipe sul Sistema Informatico Aziendale.

Per maggiori dettagli si rimanda alla procedura di Gestione della Cartella Clinica Domiciliare PR.GID.7.5 Compilazione cartella clinica_rev.01.

11 CONTENUTI E MODALITÀ DEI PROCESSI DI HAND OVER

I processi di comunicazione tra componenti dell'Equipe e tra loro e paziente e familiare è un tema molto sentito nella gestione dell'assistenza in cure domiciliari.

L'assistenza è infatti affidata ad operatori che non si trovano mai insieme presso il domicilio del paziente pertanto la SISIFO definisce le modalità di condivisione delle informazioni.

La continuità assistenziale fra diversi operatori e setting assistenziali è funzione delle relazioni che si instaurano fra i diversi attori dell'assistenza impegnati sullo stesso caso. SISIFO utilizza degli strumenti (informatici), ed un'organizzazione delle risorse umane coinvolte nell'assistenza (coordinatori e case manager) e modalità organizzative tali da assicurare che avvengano con regolarità e precisione tutti i processi di comunicazione di hand over tra gli operatori.

La SISIFO è dotata di un sistema gestionale informatizzato e di una rete di computer e workstations tra loro collegati che viene quotidianamente utilizzata per la condivisione di documenti e per lo scambio di informazioni in ordine alla erogazione dei servizi ai malati; l'utilizzazione della cartella clinica assicura la disponibilità di tutte le informazioni necessarie ai componenti dell'Equipe multidisciplinare sull'attuazione del Piano di Assistenza Individuale.

Una piattaforma per le comunicazioni interne garantisce anche la possibilità di scambio in tempo reale di comunicazioni in locale (e-mail interna) tra Operatori.

Inoltre SISIFO favorisce le seguenti prassi:

- Coordinamento da parte della centrale operativa di tutte le comunicazioni in entrata e in uscita
- Utilizzo di social in modalità riservata per la condivisione delle informazioni
- Compilazione della cartella clinica il cui diario assistenziale rimane a domicilio del paziente
- Partecipazione a riunioni d'équipe per la discussione del caso

- Comunicazioni telefoniche frequenti con tracciabilità delle informazioni scambiare in cartella
- Affidamento del paziente al Case Manager

Le informazioni trasmesse attraverso la consegna in genere devono riguardare:

- condizioni del paziente e cambiamenti avvenuti;
- trattamenti in corso e relative modifiche;
- complicazioni che potrebbero subentrare;
- esigenze particolari del paziente e della famiglia;
- riorganizzazione degli accessi e programmazione settimanale dei medesimi;
- interruzione dell'assistenza per ricovero del paziente;
- riattivazione dell'assistenza;
- proroga del PAI;
- revisione del PAI;

La trasmissione inoltre non deve contemplare solo informazioni ma problemi, ipotesi e possibili conseguenze; è opportuno fornire materiale scritto a sostegno dello scambio verbale dell'équipe e di effettuare una verifica periodica delle consegne.

La Direzione Tecnica ha determinato che, per ogni tipo di consegna, le informazioni fondamentali sono:

- la diagnosi principale,
- le procedure assistenziali recenti,
- la terapia farmacologica,
- gli esami che devono essere fatti/risultati attesi.

Inoltre la DS ha suggerito di attenersi alle seguenti modalità operative:

- limitarsi alle informazioni importanti;
- preferibilmente comunicare con il collega anche di persona;
- limitare le interruzioni;
- evitare messaggi lunghi e accertarsi che tutte le persone che devono sapere, acquisiscano effettivamente quella conoscenza;
- adottare un unico stile di comunicazione in tutta la SISIFO ;
- identificare possibili complicazioni e strategie "se/allora";
- chiedere un "leggi-di nuovo" per verificare che le informazioni siano state ricevute e comprese.

Tutti i passaggi di informazioni, ove non sia possibile ricorrere al cartaceo, si devono registrare in supporti informatici.

11.1 Comunicazione ed integrazione con il MMG e con il Medico di Continuità assistenziale

Il bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente che afferisce alla cure domiciliari integrate é accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del «Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato.

Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Pertanto egli interviene e interagisce con l'equipe dell'erogatore in tutte la fasi del processo:

- La segnalazione
- La valutazione
- La definizione del PAI
- La classificazione dei pazienti
- La presa in carico
- L'erogazione dell'assistenza
- Le verifiche

In tutti questi profili assistenziali è sempre mantenuto il ruolo del medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta che assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia e che collaborerà con gli operatori SISIFO per attuare il «Progetto di assistenza individuale».

SISIFO definisce per ogni tipologia di livello assistenziale le modalità di interazione con il MMG, facendo attenzione a coinvolgerlo e a comunicargli qualsiasi tipo di variazione del percorso assistenziale.

11.2 Comunicazione ed educazione del paziente e del caregiver

Il caregiver è destinatario di un'azione di educazione sanitaria continua da parte degli operatori, gli accessi a domicilio infatti conducono l'operatore a curare il malato insieme ai suoi familiari poiché sono loro ad assisterlo tutto il giorno.

Spesso sanno riconoscere quali sono le necessità di quel paziente in un determinato momento: i caregivers imparano a gestire i sintomi, gli orari della terapia, i presidi sanitari e sono molto precisi.

Altre volte invece, trovandosi all'improvviso ad affrontare situazioni impreviste e a ricoprire un ruolo al quale non sono preparati, necessitano di informazione e di formazione da parte del personale SISIFO

Per questo gli operatori della SISIFO devono sostenere la rete familiare / il caregiver e non sostituirla completamente.

Si parla di educazione sanitaria quando il cambiamento in gioco riguarda quelle conoscenze, atteggiamenti, abitudini, valori che contribuiscono ad esporre a (o a proteggere da) un danno alla salute. L'aspirazione principale di ogni intervento di educazione alla salute è quello di rendere i destinatari capaci di compiere scelte e di adottare comportamenti che contribuiscano a migliorare la propria salute o perlomeno a tutelarla. A seconda di ciò che si intende cambiare attraverso l'educazione sanitaria, si parlerà di finalità ed obiettivi diversi dell'educazione sanitaria, ed in particolare di:

- obiettivi cognitivi (area del sapere), quando lo scopo è, ad esempio, quello di migliorare il patrimonio di conoscenze e di informazioni posseduto dall'individuo.
- obiettivi affettivi (area del saper essere), quando ciò che si intende mutare sono gli atteggiamenti i valori di un individuo, i significati emotivi che egli attribuisce a certe abitudini o alcune sue capacità relazionali.
- obiettivi di comportamento (area del saper fare) quando il mutamento che si intende produrre nell'individuo riguarda le sue abilità, il suo comportamento, le sue abitudini.

L'educazione alla salute rivolta ai famigliari/caregiver consiste nell'addestramento nelle abilità di auto-gestione o adattamento del trattamento alla sua particolare situazione di cronicità e per essere efficace deve essere ben progettata. (i bisogni-i destinatari -le finalità educative - gli obiettivi - i contenuti, metodi e sussidi appropriati - le risorse necessarie (umane e materiali) - le modalità di realizzazione dell'intervento - la valutazione dei risultati)

Sono coinvolti nella attività di educazione sanitaria a domicilio tutte le figure professionali che operano nel servizio, ciascuna secondo le proprie competenze specifiche.

Nello specifico i contenuti dell'intervento di educazione sanitaria potrebbero riguardare:

- assistenza al paziente fragile: condizioni geriatriche comuni
- l'alimentazione: aiuto durante i pasti
- aiuto nel prendere i farmaci
- assistenza al la terapia endovenosa
- manipolazione e smaltimento sicuro degli aghi e delle medicazioni sporche
- suggerimenti per un ambiente sicuro
- prevenzione del rischio cadute
- incontinenza urinaria
- aiuto al portatore di catetere vescicale a permanenza
- gestione della la stomia intestinale
- prevenzione delle lesioni da pressione e decubito
- mobilitazione della persona allettata
- assistenza alla persona portatrice di tracheostomia
- aspirazione endotracheale
- assistenza alla persona in ossigenoterapia (o2 terapia) e ventilazione meccanica

- assistenza alla persona diabetica in terapia insulinica
- assistenza alla persona con esiti d' infarto miocardico
- assistenza alla persona con esiti di ictus
- prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza

Gli operatori sono tenuti a registrare in cartella assistenziale integrata, nell'apposita scheda, l'attività attribuita ed il grado di apprendimento del caregiver e qualunque tipo di attribuzione deve essere prescritta.

11.3 Le verifiche

Esse avvengono tramite le riunioni formali ed informali tra l'UVM ed il Responsabile di sede della SISIFO. Alle verifiche possono conseguire variazioni di piano che devono comunque essere confermate.

Questa modalità costituisce uno strumento di lavoro non solo nella programmazione ma anche nella fase operativa, per assumere decisioni di natura assistenziale, rivedere periodicamente le procedure assistenziali, la congruenza tra prestazioni erogate e bisogni alla luce dei risultati ottenuti.

L'ente esecutore assume inoltre l'obbligo della trasmissione periodica al competente servizio della ASP delle informazioni necessarie al monitoraggio continuo dell'andamento dell'assistenza.

11.4 Conclusione del percorso assistenziale e rendicontazione

La conclusione dell'assistenza si compie con il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, la conseguente dimissione o il passaggio ad altro livello assistenziale o con la morte del malato.

La conclusione del percorso assistenziale potrà avvenire, oltre che per decisione dei familiari, anche per decesso del paziente.

La dimissione è autorizzata dall'UVM in seguito alla rivalutazione clinica e sociale delle condizioni del paziente, attraverso il confronto con SISIFO che ha avuto in carico il paziente stesso.

In ogni caso si procederà ad una valutazione del soddisfacimento delle aspettative dei familiari che, analizzato da RQA insieme alla Direzione Tecnica e alla Direzione Operativa, potrà dar luogo ad AC.

Per la gestione dell'eventuale mancato soddisfacimento dei bisogni dei pazienti si rinvia alla PR.RCS.9.1 Partecipazione all'assistenza e rilevazione della customer satisfaction e/o a PR.GCN.10.2 Gestione NC_reclami e Pdm.

Si raccoglierà la documentazione relativa agli accessi effettuati per paziente, da parte della Direzione Amministrativa.

12 ARCHIVIAZIONE

La Direzione Tecnica incarica la Segreteria di raccogliere la documentazione cartacea prodotta dall'Equipe per ciascun paziente archiviandola nell'apposito raccoglitore dei Processi Assistenziali ed aggiornare il Sistema Informatico. Al fine di verificare la completezza della documentazione raccolta, nella cartella di ciascun paziente sono inserite due sottocartelle:

- Documentazione Assistenziale
- Diari Domiciliari

In ciascuna delle quali è inserita una check-list che viene spuntata dalla Segreteria per verificare la completezza della documentazione consegnata da parte degli operatori. La Direzione Amministrativa archivia in apposito raccoglitore le fatture emesse.

13 INDICATORI DI MONITORAGGIO

OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	PERIODICITA' RILEVAZIONE
Corretta gestione processo assistenziale	n° interventi effettuati / n° interventi da effettuare	1	semestrale
	% di pazienti per i quali il tempo di attesa fra la segnalazione del caso (ricevimento PAI) e la presa in carico domiciliare è ≤2 gg	90%	semestrale
	N emergenze nelle ore notturne e nei giorni festivi gestite entro un'ora della chiamata/N totale di richieste di emergenza nelle ore notturne e nei giorni festivi gestite	1	semestrale
	N emergenze nelle ore diurne e feriali gestite entro 2 ore / N totale di richieste di emergenza nelle ore diurne e feriali	1	semestrale
	Rapporto istanze ammissione al servizio/utenti in carico	1	semestrale
	Rispetto del Piano di Lavoro sulla base del Piano Individuale di Trattamento	100%	semestrale
	N. di NC relative al processo	0	annuale

14 ALLEGATI

- All.01 Telemedicina