

## I N D I C E

<b>1. PREMESSA.....</b>	<b>3</b>
<b>2. SCOPO .....</b>	<b>4</b>
<b>3. CAMPO DI APPLICAZIONE .....</b>	<b>4</b>
<b>4. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>4</b>
<b>5. LISTA DI DISTRIBUZIONE.....</b>	<b>4</b>
<b>6. SIGLE ED ABBREVIAZIONI .....</b>	<b>5</b>
<b>PUA: PUNTO UNICO DI ACCESSO.....</b>	<b>5</b>
<b>7. DISTRIBUZIONE/ DIFFUSIONE DOCUMENTAZIONE.....</b>	<b>5</b>
<b>8. RESPONSABILITÀ .....</b>	<b>5</b>
<b>9. ACCESSO ALLA CENTRALE OPERATIVA .....</b>	<b>6</b>
9.1 ACCESSO AL SERVIZIO E PRESA IN CARICO.....	6
9.2 RICHIESTA SERVIZIO ADI .....	7
9.3 MODALITÀ DI PIANIFICAZIONE DEGLI ACCESSI PER I PAZIENTI IN DIMISSIONE PROTETTE .....	7
9.4 COLLEGAMENTO FUNZIONALE TRA I DIVERSI SOGGETTI DEPUTATI ALL'ACCESSO DELLE CURE DOMICILIARI .....	8
9.5 IL RUOLO DEL MMG/PLS E DELL'UVM.....	9
9.6 GESTIONE TRASPARENTE DELLA LISTA D'ATTESA.....	9
9.7 GARANZIA TRATTAMENTO PAZIENTI IN LINEA .....	10
9.8 TEMPISTICA DI PRIMO ACCESSO DEL PAZIENTE.....	10
9.9 PRESA IN CARICO .....	10
9.9 MODALITÀ DI REDAZIONE DEL PAI .....	11
9.10 CONTINUITÀ DELLE CURE.....	12
9.10.1 Continuità temporale tra pari e HAND OVER .....	12
9.10.2 Rischio di interruzione del servizio.....	13
9.10.3 Sostituzione ordinaria degli operatori .....	13
9.10.4 Assenza improvvisa non prevedibile .....	13
9.10.5 Emergenze assistenziali - organizzazione del servizio di reperibilità .....	14
9.10.5.1 Le emergenze per cause interne .....	14
9.10.5.2 Le Emergenze per cause esterne .....	15
9.10.5.3 Le Emergenze riconducibili all'assistito .....	16
9.10.5.4 Sistemi di controllo per la pianificazione della reperibilità e tempi di attivazione del personale .....	17
9.10.5.5 Pianificazione delle risorse assegnate alla reperibilità .....	18
9.10.6 Continuità assistenziale da parte dello stesso operatore, micro e macro turnover.....	18
9.10.7 Conclusione del trattamento .....	19
9.10.8 Trasferimento del paziente per continuità delle cure .....	20
9.10.9 Trasferimento ad altra struttura sanitaria per emergenza clinica .....	20
9.10.10 Trasporto del paziente.....	20
<b>10. GESTIONE EVENTI IMPREVISTI.....</b>	<b>20</b>
10.1 GESTIONE DEGLI EVENTI IMPREVISTI.....	20
10.2 EVENTI DI TIPO CLINICO .....	21
10.3 EVENTI DI TIPO ORGANIZZATIVO.....	21
10.4 EVENTI DI TIPO TECNOLOGICO .....	21
10.4.1 Presidi utilizzati al domicilio .....	21
10.4.2 Elenco apparecchiature di scorta .....	21
10.4.3 Sistema informatico.....	21
10.4.4 Altre .....	21
10.4.5 Black out.....	22
<b>11. INDICATORI DI MONITORAGGIO .....</b>	<b>22</b>

REV.	REDATTO DA DT/DA/DS		VERIFICATA DA RQ		APPROVATO DA PR	
	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
00	30.09.2022	//	30.09.2022	//	30.09.2022	//
01	27/01/2023	<i>Festa Caterina</i>	27/01/2023	<i>Le Polignone Carlo</i>	27/01/2023	<i>Agazzi/Le Polignone</i>

## 1. PREMESSA

La continuità assistenziale è uno dei valori fondanti delle Cure Domiciliari e può comportare diverse accezioni:

- 1) Continuità temporale fra i diversi servizi offerti al paziente, come, ad esempio, la continuità Ospedale - territorio
- 2) La capacità di una organizzazione territoriale di non interrompere il servizio a causa di “errori” nella articolazione degli interventi e di intervenire in caso di emergenze assistenziali
- 3) La capacità di una organizzazione territoriale di fornire ad un paziente lo stesso operatore di riferimento, o una equipe stabile di operatori domiciliari

Integrazione e continuità assistenziale diventano quindi aspetti caratterizzanti delle politiche organizzative e di comunicazione della SISIFO.

Infatti gli obiettivi che, in tale ambito, la Direzione Sanitaria si prefigge di raggiungere si possono ascrivere a tre dimensioni concettuali distinte:

- **Informativa:** relativa allo scambio di informazioni tra i servizi di front office e il fruitore dei servizi (Paziente), tra lo staff medico e il paziente, tra l'URP e l'utenza, tra il servizio di comunicazione e l'esterno. (PR.COM.7.4 Comunicazione, partecipazione e consultazione - PR.RCO.5.1 - Rapporti con i cittadini e gli Enti)
- **Relazionale:** relativa al rapporto tra operatori, tra operatori e MMG, tra operatore e paziente/care-giver, tra SISIFO e i servizi territoriali.

Quest'ultima si estrinseca con:

1. il distretto sanitario locale (ASP);
  2. i MMG ed i pediatri di libera scelta del territorio;
  3. ospedali di riferimento territoriale tramite rapporti di collaborazione e consulenza
  4. con medici specialisti tramite rapporti di consulenza
  5. associazioni del Terzo Settore e della cooperazione sociosanitaria
  6. Associazioni onlus a tutela dei diritti dei malati;
- **Gestionale:** relativa alla sequenza tempestiva e logicamente ordinata degli interventi delle Direzioni per favorire l'integrazione dell'assistenza all'interno e all'esterno di SISIFO. Assicurando un controllo collegiale delle attività e la valutazione degli outcomes interni ed esterni ai servizi. Inoltre le Direzioni offrono e favoriscono la formazione del personale in tal senso promuovendo percorsi di formazione mirata sul concetto di integrazione dei sistemi di assistenza e sulla qualità degli stessi.

## **2. SCOPO**

Scopo della presente procedura è quello di definire le responsabilità e le attività relative allo svolgimento delle prestazioni connesse alla presa in carico del paziente e l'assicurazione della continuità delle cure fino alla fine del percorso assistenziale domiciliare.

## **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Le norme della presente procedura si applicano al ciclo operativo delle cure domiciliari specificando alcune fasi del processo e/o rimandando ad altre procedure l'approfondimento delle restanti, in modo da ottimizzare i rapporti con l'utenza e con i fruitori del servizio in genere dalle fasi di accesso fino alla conclusione del percorso.

## **4. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFIA**

- 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**
- Manuale Joint Commission *Home Care* pubblicato a Gennaio 2019
- Norma *ISO 9001:2015* par. 8.5

## **5. LISTA DI DISTRIBUZIONE**

- Presidente CdA
- Direttore Sanitario
- Direttore Tecnico
- Direttore Amministrativo
- Direttore Operativo
- Responsabile Formazione

- Responsabile Qualità
- Tutti gli operatori SISIFO

## 6. SIGLE ED ABBREVIAZIONI

**ADI:** Assistenza Domiciliare Integrata

**PR:** Presidente

**CD:** Consigliere Delegato

**DT:** Direttore Tecnico

**RQ:** Responsabile Qualità

**CI:** Coordinatore Infermieristico

**CFKT:** Coordinatore Fisioterapisti

**CA:** Coordinatore Amministrativo

**RU:** Responsabile URP

**PUA:** Punto Unico di Accesso

**UVM:** Unità di Valutazione Multidisciplinare

**MMG:** Medico di Medicina Generale

**PLS:** Pediatra di Libera Scelta

**RMR:** Responsabile medico di reparto

**SST:** Sistema Sanitario Territoriale

**CM:** Case Manager

**PzC:** Paziente Critico

**CO:** Centrale Operativa

## 7. DISTRIBUZIONE/ DIFFUSIONE DOCUMENTAZIONE

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.GID.7.1 *Gestione delle informazioni documentate*.

## 8. RESPONSABILITÀ

<i>PRACC 8.5.01</i>	<i>Richiesta al PUA di accesso ad ADI</i>	<i>Valutazione eleggibilità ADI</i>	<i>Progettazione del PAI</i>	<i>Scelta operatore ADI</i>	<i>Redazione e rilascio CCD al domicilio</i>	<i>Invio PAI all'operatore ore ADI</i>	<i>Scelta operatori sanitari</i>	<i>Presenza in carico e attivazione entro 24 / 48 ore</i>	<i>Informazioni al PZ</i>	<i>Gestione Reclami</i>
<i>PZ</i>	<i>R</i>	—	—	<i>R</i>	—	—	—	—	—	—
<i>SST(PUA)</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<i>SST(UVM)</i>	—	<i>R</i>	<i>R</i>	—	—	—	—	—	—	—
<i>MMG/PLS</i>	—	<i>R</i>	<i>R</i>	—	<i>R</i>	—	—	—	—	—
<i>SST</i>	—	—	—	—	—	<i>R</i>	—	—	—	—
<i>Centrale operativa</i>	—	—	—	—	—	—	—	—	<i>R</i>	—
<i>DT</i>	—	—	—	—	—	—	<i>R</i>	<i>R</i>	—	—
<i>CI</i>	—	—	—	—	—	—	<i>C</i>	—	—	—

PR.ACC 8.5.01	Richiesta al PUA di accesso ad ADI	Valutazione eleggibilità ADI	Progettazione del PAI	Scelta operatore ADI	Redazione e rilascio CCD al domicilio	Invio PAI all'operatore ADI	Scelta operatori sanitari	Presa in carico e attivazione entro 24 / 48 ore	Informazioni al PZ	Gestione Reclami
URP	—	—	—	—	—	—	—	—	—	R
Team SISIFO	—	—	—	—	—	—	C	C	—	—

R Responsabile      C Collaborazione

## 9. ACCESSO ALLA CENTRALE OPERATIVA

Il personale addetto alla reception/ufficio Informazioni accoglie, per lo più telefonicamente, il paziente e lo informa circa le modalità di accesso al servizio, consegnando o inviando il foglio dell'accoglienza o la carta dei servizi o eventuali brochure informative sulle attività del consorzio.

L'operatore dovrà rendere più agevole e veloce l'accesso del paziente al servizio di cure domiciliari fornendo tutte le informazioni sull'attivazione del servizio stesso.

In questa fase gli operatori svolgono una determinante funzione di orientamento del paziente pertanto le informazioni devono essere fornite in modo chiaro, univoco e gentile. Sarà, infatti, questo primo approccio con la SISIFO a determinare una prima valutazione del servizio.

L'operatore potrà anche consegnare/inviare la scheda di gradimento del servizio, ma sarà l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico a curare la spiegazione della finalità della rilevazione al domicilio del paziente e la ricognizione della scheda compilata a fine assistenza.

Se il paziente invece nel corso dell'assistenza volesse presentare eventuali reclami scritti o orali, si dovrà sempre rivolgere all'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico.

La centrale operativa è aperta dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e il sabato dalle 8.00 alle 13.00.

### 9.1 Accesso al Servizio e presa in carico

Le persone che necessitano di cure domiciliari potranno accedere al servizio provenendo:


a) dal proprio domicilio (paziente e/o familiare)

Andrà presentato il modulo di richiesta di attivazione del servizio unitamente alla documentazione clinica da parte del MMG alle strutture aziendali competenti della ASP; in particolare le richieste di assistenza potranno essere effettuate:

- presso il Distretto Sanitario ASP di appartenenza, se la residenza dell'ammalato ricade in uno dei comuni della provincia e potrà essere fatta da:

b) da strutture ospedaliere pubbliche o accreditate

c) da una RSA

	<p style="text-align: center;">PROCEDURA <b>ACCESSO ALLE PRESTAZIONI DI CURE DOMICILIARI E CONTINUITA' ASSISTENZIALE</b></p>	<p>Codice documento: PR.ACC.8.5 - 01 Emesso 30.09.2022 Rev. 01 del 27/01/2023</p>
--	--	---

Il consorzio garantisce il trattamento di almeno 1000 casi di I, II e III Livello/anno ed assicura i seguenti standard di servizio:

- per ciascun paziente è individuato un case manager
- il primo accesso domiciliare è garantito entro 48 ore dalla comunicazione del PAI/PRI per le CD di I e II livello
- il consorzio effettua il primo accesso domiciliare entro 24 ore dalla redazione del PAI/PRI per le CD di III livello
- 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
- 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

## 9.2 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 territoriale 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.).

## 9.3 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.

#### 9.4 Collegamento funzionale tra i diversi soggetti deputati all'accesso delle cure domiciliari

Il Sistema Sanitario Territoriale riceve la domanda attraverso la presentazione dell'apposito "Modulo di richiesta ADI" procede al caricamento sul portale e ne effettua l'inoltro on-line all'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 rispettivamente, nel caso di "Cure domiciliari prestazionali", il "Programma di intervento" e, nel caso di "Cure Domiciliari Integrate", 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".



#### 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.



## 9.5 Il ruolo del MMG/PLS e 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 trasmettendolo 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.)”.

## 9.6 Gestione trasparente della Lista D'attesa

L'avvio del percorso coincide con la segnalazione che è il primo contatto tra il malato, i suoi familiari ed il sistema dei servizi sanitari/sociali.

Il segnalante può essere chiunque desideri attivare le cure domiciliari per la persona malata non autosufficiente.

Di norma è il medico di medicina generale e, se la segnalazione viene effettuata dal medico del reparto ospedaliero in occasione di un ricovero, da un familiare o dal servizio sociale e la stessa viene in ogni caso ricondotta al curante.

La segnalazione si compie presso la sede del Distretto (o in una delle strutture di accesso territoriale) nella quale è presente un punto di accoglienza delle domande (PUA - Punto Unico di Accesso)

Alla segnalazione segue una valutazione preliminare del bisogno (PRE - VALUTAZIONE) e si forniscono tutte le informazioni sui servizi della rete. La valutazione (in termini di analisi del bisogno e definizione dei problemi) è effettuata a domicilio dopo il colloquio con la famiglia, attraverso gli strumenti di valutazione multidimensionali dello stato funzionale del paziente ed in base alle complessità evidenziate.

Essa coinvolgere più figure professionali e richiede la partecipazione, in collaborazione con il MMG, della Unità Valutativa Multidisciplinare (UVM), con compiti di valutazione collegiale della persona non autosufficiente, al fine di stabilire se e quali interventi sono necessari, e definire un piano assistenziale individualizzato. (PAI)

Una volta valutata l'eleggibilità del paziente ad accedere alle cure domiciliari (i criteri sono definiti nella procedura PR.ADI.8.5 GESTIONE PROCESSO ASSISTENZIALE ADI), l'ASP invita il paziente a scegliere l'operatore che insiste nel territorio di afferenza e che è in grado di assicurare il servizio richiesto. Pertanto l'ASP fornisce tutte le informazioni utili al paziente e caregiver per orientarsi liberamente nella scelta dell'ente più idoneo e che risulta però accreditato presso la medesima ASP ad erogare la prestazione assistenziale.

Dopo che il paziente in forma scritta abbia individuato l'ente a cui rivolgersi, viene trasmessa al medesimo la richiesta di attivazione del servizio.

Una volta ricevuto il PAI (Piano Assistenziale Individuale), Direttore Tecnico di sede congiuntamente al Coordinatore Infermieristico individuano le figure coinvolte nell'assistenza più idonee alla gestione del paziente, tenuto conto delle sue condizioni specifiche.

A ricezione avvenuta il TEAM di SISIFO provvede all'attivazione dell'assistenza entro e non oltre le 48 ore, salvo indicazioni di attivazione urgente da parte dell'ASP; in questi casi l'attivazione verrà garantita entro del 24 ore il primo accesso domiciliare è garantito entro 48 ore dalla comunicazione del PAI/PRI per le CD di I e II livello.

Tale impostazione di avvio del servizio non pone in carico a SISIFO alcun problema circa la gestione della lista d'attesa perché di fatto non sussiste il rischio di non soddisfare la richiesta ricevuta; ma soprattutto SISIFO non governa questa fase del processo perché è a totale carico del Distretto ASP di riferimento.

Ciò nondimeno SISIFO tiene sotto controllo i propri tempi di attivazione dell'assistenza:

- l'attivazione dell'assistenza ordinaria entro 48 ore dalla ricezione del PAI
- l'attivazione dell'assistenza in urgenza entro 24 ore dalla ricezione del PAI

### **9.7 Garanzia trattamento pazienti in linea**

Il Consorzio, in relazione alla propria organizzazione, garantisce il trattamento dei pazienti in linea (trattamenti infermieristici, riabilitativi, socio sanitari e medico specialisti) coerentemente con quanto indicato dal PAI.

Il consorzio garantisce il trattamento di almeno 1000 casi di I, II e III Livello/anno.

### **9.8 Tempistica di primo accesso del paziente**

Ultimati tutti gli adempimenti previsti per la presa in carico Il primo accesso, avverrà di norma entro 48 ore nei casi ordinari e entro le 24 ore nei casi di urgenza e/o dimissioni protette dalla comunicazione del PAI ed entro le 24 ore nei casi ordinari e entro le 12 ore nei casi di urgenza e/o dimissioni protette dalla redazione del PAI”.

### **9.9 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 garantisce 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
- 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.

### 9.9 Modalità di redazione del PAI

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”**.

LIVELLO ASSISTENZIALE	PAI O PROGRAMMA DI INTERVENTO	FREQUENZA SETTIMANALE	PRESA IN CARICO	DESTINATARI	MMG
Cure domiciliari prestazionali	P.I.	5/7 gg	Entro 48 ore	Pazienti momentaneamente impossibilitati ad accedere alle prestazioni ambulatoriali	NO
Cure domiciliari integrate di primo	P.A.I.	5/7 gg	Entro 48 ore	Paziente non autosufficiente o a rischio di autosufficienza spesso con patologie croniche o cronico-degenerative sia al familiare/care giver.	SI
Cure domiciliari integrate secondo livello	P.A.I.	6/7 gg	Entro 48 ore	Paziente non autosufficiente o a rischio di autosufficienza spesso con patologie croniche o cronico-degenerative sia al familiare/care giver.	SI
Cure domiciliari integrate di terzo livello	P.A.I.	7 giorni su 7 e la pronta disponibilità sulle 24 ore	Entro 24 ore	Malati che presentano fabbisogni assistenziali di elevata complessità	SI

Il PAI dovrà sempre contemplare le seguenti informazioni:

<b>PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO</b>	<p>Il PAI relativo al paziente da prendere in carico contiene di norma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• i dati anagrafici del paziente e l'indirizzo;</li> <li>• il familiare/caregiver di riferimento con relativo recapito telefonico;</li> <li>• il nome ed i recapiti del MMG/PLS;</li> <li>• date di inizio e termine del PAI;</li> <li>• diagnosi del paziente;</li> <li>• le figure professionali coinvolte nell'assistenza atte a soddisfare il bisogno assistenziale del paziente;</li> <li>• 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;</li> <li>• gli obiettivi assistenziali delle singole prestazioni;</li> <li>• gli indirizzi terapeutici per la risoluzione del problema e l'eventuale necessità di ausili e presidi indispensabili per la realizzazione del PAI;</li> <li>• eventuali consulenze specialistiche e accertamenti diagnostici a domicilio utili a individuare soluzioni alle problematiche del paziente.</li> </ul>
---	--

Per maggiori dettagli sull'avvio dell'assistenza si rimanda alla procedura che descrive il servizio PR.ADI.8.5 GESTIONE PROCESSO ASSISTENZIALE ADI.

## 9.10 Continuità Delle Cure

### 9.10.1 CONTINUITÀ TEMPORALE TRA PARI E HAND OVER

La continuità assistenziale fra diversi servizi è funzione delle relazioni che si instaurano fra i diversi attori dell'assistenza impegnati sullo stesso caso.

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 che rimane a domicilio del paziente
- Partecipazione a riunioni d'equipe per la discussione dei casi più complessi

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

#### **9.10.2 RISCHIO DI INTERRUZIONE DEL SERVIZIO**

La capacità di non interrompere il servizio è legata alla capacità del sistema gestionale dell'ADI di prevedere gli eventi negativi e di correggerli.

A tal proposito elenchiamo le procedure più comuni di garanzia di sostituzione:

- Prevenzione della carenza di risorse umane tramite adeguata pianificazione risorse umane
- Organizzazione efficace dei Turni di lavoro

La tipologia di assistenza consente una previsione di massima del personale necessario ad erogare l'assistenza richiesta. Bisogna, tuttavia, considerare che l'assegnazione dei casi agli operatori, così come l'organizzazione del lavoro, rimangono di pertinenza di SISIFO che deve rispondere solo della effettuazione del servizio e della qualità dello stesso.

#### **9.10.3 SOSTITUZIONE ORDINARIA DEGLI OPERATORI**

Gli operatori saranno sostituiti con modalità diverse a seconda del tempo di preavviso con il quale l'assenza viene annunciata.

In tutti i casi di sostituzione sarà cura della centrale operativa avvisare i pazienti della avvenuta sostituzione ed aggiornare tempestivamente i piani assistenziali sul software in modo da consentire alla Azienda Sanitaria la consultazione dei piani assistenziali con gli operatori realmente impiegati nell'assistenza.

Ogni operatore che dovrà assentarsi lo comunicherà almeno 18 ore prima dell'accesso domiciliare.

#### **9.10.4 ASSENZA IMPROVVISA NON PREVEDIBILE**

Quando un operatore si assenta senza adeguato preavviso (per esempio per infortunio sul lavoro) l'Infermiere Coordinatore (avvisato dall'operatore stesso) o l'infermiere di turno se la comunicazione viene fatta di notte o durante un giorno festivo provvedono a fare una selezione fra i pazienti da assistere nelle ore successive e reperisce, secondo criteri di territorialità/disponibilità, degli altri operatori che provvedano alle assistenze secondo un ordine di priorità clinica. Gli altri pazienti vengono avvisati telefonicamente.

Dal giorno successivo si provvede alla sostituzione regolare che scatta in caso di assenza con comunicazione entro le ore 18 del giorno precedente

Quando l'operatore per motivi non prevedibili deve assentarsi dal lavoro il giorno successivo (malattia, lutti, problemi familiari non altrimenti risolvibili) deve comunicarlo il prima possibile alla Centrale Operativa che provvederà alla sostituzione come segue.

I pazienti da assistere vengono suddivisi fra gli operatori di zone limitrofe compatibilmente con i fabbisogni assistenziali e la disponibilità, in attesa che il collega rientri al lavoro. E' garantita la copertura di tutte le assistenze.

- **Assenza programmata**

Nel caso di assenza programmata (ferie, permessi, aspettative) si cercherà di sostituire in ogni caso l'operatore con altro operatore che abbia dato la sua disponibilità, anche quando l'assenza sia di un giorno. Nel caso di indisponibilità di sostituti per assenze di un giorno, si opererà come per le assenze comunicate entro le ore 18 (vedi sopra). E' garantita in ogni caso l'erogazione dell'assistenza.

- **Sostituti**

Gli operatori saranno sostituiti sempre con operatori di pari professionalità. Sarà cura della Centrale Operativa contattare i possibili sostituti. Anche per le sostituzioni si cercherà di mantenere il più possibile la continuità assistenziale, coinvolgendo nelle sostituzioni prioritariamente gli operatori già precedentemente impegnati nella medesima assistenza.

#### **9.10.5 EMERGENZE ASSISTENZIALI - ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI REPERIBILITÀ**

- **Sistemi di controllo per la pianificazione delle emergenze**

I diversi casi che si possono presentare verranno suddivise in **gestione delle emergenze e reperibilità** con indicazione dei **relativi tempi di attivazione**.

- **Controllo per la pianificazione delle Emergenze**

La causa determinante di una situazione di emergenza può derivare da cause interne all'organizzazione, cause afferenti al paziente e cause esterne e/o accidentali.

##### **9.10.5.1 LE EMERGENZE PER CAUSE INTERNE**

Per quanto concerne le emergenze determinate da cause interne il consorzio SISIFO essendo un ente certificato ISO 9001, implementa nella propria organizzazione procedure in cui vengono esplicitati tutti i processi aziendali al fine del conseguimento degli standard di qualità fissati. Il rispetto dell'applicazione delle procedure, come è noto, viene verificata a scadenze annuali da Auditor dell'ente di certificazione esterno che segnalano le eventuali azioni che vanno intraprese per evitare le non conformità al sistema.

Tra le casistiche di possibili emergenze connesse ad anomalie riferibili all'organizzazione si possono individuare:

- **Mancata consegna di materiali**

La richiesta di materiali viene effettuata da parte del Consorzio in presenza comunque di una buona scorta presso il proprio magazzino, dotazione che viene monitorata attraverso apposito gestionale. Tale circostanza permette di non risentire di eventuali ritardi nelle consegne dei materiali da parte dei fornitori.

Nel caso in cui si riscontrino in più di una consegna dei ritardi, il Consorzio inoltre disporrà la sostituzione del fornitore con altro fornitore da individuare all'interno della lista di aziende già selezionate.

**Tempi di attivazione:** 24 ore per l'assegnazione dell'ordine al nuovo fornitore

- **Piano di emergenza in caso di assenze numerose**

In caso di assenze numerose non gestibili con le risorse già assegnate al servizio, il piano di emergenza adottato dal Consorzio prevede il reperimento di personale sanitario fuori dalla provincia attingendo in particolare alle risorse umane già in forza al Consorzio sui territori limitrofi. Per favorire tale condizione di eccezionalità, il Consorzio metterà a disposizione degli operatori fuori sede degli appartamenti per la loro permanenza.

**Tempi di attivazione:** 48 ore per il reclutamento di personale già in forza al consorzio sui territori limitrofi.

- **Guasti al sistema informatico e ai device assegnati agli operatori sanitari**

Il Consorzio prevede l'acquisto device mobili da assegnare a ciascuno operatore sanitario e prevede di mettere a disposizione un numero congruo di device presso la Centrale Operativa nel caso di guasto, furto o smarrimento del dispositivo a loro assegnato.

In merito alla funzionalità del sistema informatico il Consorzio prevede la disponibilità di una risorsa dedicata agli impianti informatici, alla loro manutenzione e perfetta funzionalità. Inoltre è previsto un costante servizio di Help Desk. Gli interventi manutentivi riguarderanno nello specifico i problemi sui dispositivi mobili assegnati agli operatori, l'assistenza sui sistemi informatici hardware e i malfunzionamenti del software aziendale.

**Tempi di attivazione:** immediati

#### **9.10.LE EMERGENZE PER CAUSE ESTERNE**

- **Guasti o interruzione dell'erogazione energia elettrica, linee telefoniche e connessione internet**

L'interruzione dell'erogazione dell'energia elettrica potrebbe comportare l'interruzione delle attività della Centrale Operativa per il mancato funzionamento dei PC e dell'apparato telefonico. Tali problematiche sono superabili nel primo caso attraverso i gruppi di continuità di cui ciascun PC è dotato, nel secondo, invece, mediante l'utilizzo degli smartphone aziendali che verranno consegnati a ciascun operatore. La Centrale Operativa continuerà ad essere raggiungibile dall'utenza procedendo alla deviazione del numero di telefono della Centrale su un numero di cellulare tra quelli a disposizione. Inoltre il Consorzio dispone di un altro router da utilizzare in caso di necessità

**Tempi di attivazione:** immediati

- **Verificarsi di eventi di calamità naturale**



Tra le casistiche di emergenza che si potrebbero presentare questa rappresenta sicuramente la più complessa, tuttavia la consapevolezza che questi eventi, rappresentati da eventi alluvionali, sismici, etc., possono verificarsi sul territorio oggetto dell'intervento ha comportato la definizione di un modello di gestione anche per questa fattispecie. La Centrale Operativa potrà essere dislocata presso altra sede mentre la disponibilità di smartphone in dotazione a tutti gli operatori e la possibilità di accedere ai dati attraverso Internet rende possibile la comunicazione e l'accesso a tutti i dati necessari all'operatività allocati in un ambiente cloud.

**Tempi di attivazione:** 72 ore e comunque su disposizione delle procedure attivate dalla protezione civile

- **Eventi relativi a problemi di mobilità**

Nel caso di eventi di emergenza quali problemi legati alla viabilità, derivanti ad esempio da scioperi o da blocchi stradali, il Consorzio coordinerà con le forze dell'ordine al fine di poter raggiungere il domicilio del paziente e garantire la continuità del servizio.

**Tempi di attivazione:** immediati

#### **9.10 LE EMERGENZE RICONDUCIBILI ALL'ASSISTITO**

Per quanto concerne le emergenze riconducibili all'assistito si possono verificare in seguito a:

- **Cause accidentali**

I casi accidentali e non prevedibili determinati dall'assistito vanno prevenuti con azioni di educazione sanitaria rivolta alla famiglia.

**Tempi di attivazione:** immediati

- **Farmacovigilanza**

Il Consorzio, inoltre, ha implementato un specifico sistema di farmacovigilanza. Tale sistema prevede la formazione degli operatori sanitari sulle modalità di gestione del paziente al verificarsi di una reazione avversa derivante dall'assunzione di farmaci e sulla corretta registrazione e gestione delle segnalazioni. Per l'efficace implementazione del sistema di controllo viene effettuata la raccolta e l'analisi scientifica di tutte gli eventuali effetti collaterali che l'assunzione di farmaci può provocare facendo riferimento alla scheda AIFA.

**Tempi di attivazione:** immediati

- **Non conformità dei dispositivi**

Anche i dispositivi medici sono sottoposti a sorveglianza in modo che si possano comunicare formalmente e prontamente eventuali non conformità riscontrate dall'utilizzatore e/o dall'assistito, all'azienda costruttrice, al Ministero della Salute e alle altre autorità competenti.

**Tempi di attivazione:** immediati



- **Cambio domicilio del paziente**

Nel caso di cambio di domicilio, che si verifica soprattutto durante il periodo estivo, segnalato dall'operatore sanitario in seguito a comunicazione scritta da parte dell'utente, la Centrale Operativa informa prontamente l'UVM distrettuale che provvede ad aggiornare l'anagrafica del paziente.

**Tempi di attivazione:** Immediati

- **Variazione della giornata e dell'orario dell'accesso**

Nel caso in cui l'utente abbia la necessita a richiedere una variazione alla tabella di marcia ne effettua comunicazione alla Centrale Operativa che informerà tempestivamente l'operatore sanitario incaricato dell'accesso.

**Tempi di attivazione:** immediati

#### **9.10.5.4 SISTEMI DI CONTROLLO PER LA PIANIFICAZIONE DELLA REPERIBILITÀ E TEMPI DI ATTIVAZIONE DEL PERSONALE**

La reperibilità garantisce al paziente una risposta adeguata ad ogni suo bisogno assistenziale. L'esperienza mostra come l'intervento di un operatore al domicilio del paziente può nella maggioranza dei casi risolvere il problema insorto evitando accessi al pronto soccorso o ricoveri impropri che per i pazienti ADI, generalmente cronici e fragili, rappresenta un trauma e spesso causa di aggravamento della malattia.

Il Consorzio garantisce **i servizi di reperibilità telefonica infermieristica notturna (dalle h. 20.00 alle 8.00), festiva (dalle h. 8.00 alle 20.00) e festiva notturna (dalle h. 20.00 alle 8.00) nei 365 giorni dell'anno su attivazione delle U.V.M., su richiesta del MMG/PLS o del paziente e familiari/caregiver.**

E' possibile accedere al servizio di reperibilità telefonando ad uno specifico recapito (numero verde) attivo 24 h. su 24. Durante gli orari di apertura della Centrale Operativa telefonando al numero telefonico della stessa. Tale servizio, durante gli orari di apertura della centrale operativa, verrà attivato e gestito in tutti i momenti del processo dal Gruppo di Coordinamento in collaborazione con i responsabili di distretto e gli operatori di centrale. In tale circostanza gli OC, ricevuta la richiesta di intervento in emergenza, si occuperanno di tranquillizzare l'utente trasferendo la chiamata all'area sanitaria se necessario, la quale valuterà i bisogni sanitari del paziente al fine di provvedere all'attivazione dell'infermiere reperibile. In caso di intervento in urgenza il pianificatore registra l'accesso in urgenza sul software gestionale allegando una breve descrizione dell'evento che andrà successivamente archiviato nel dossier ADI del paziente. Nelle ore notturne e nei festivi, il servizio, verrà attivato telefonando al n di reperibilità fornito dal Consorzio a tutti gli utenti, ai distretti sanitari ed ai MMG. Un medico reperibile annoterà la chiamata nel registro e provvederà al bisogno espresso dall'utente fornendo indicazioni telefoniche se ritiene che la situazione sia stabile, attivando se necessario l'infermiere reperibile o contattare il 118 in caso la condizione clinica sia tale da configurare una emergenza non gestibile al domicilio. Anche in questo caso l'evento verrà registrato sul software di gestione, con allegata breve descrizione dell'evento a firma del medico reperibile, e successivamente archiviato sul dossier ADI del paziente.

Per rendere chiaro ed efficace il servizio di reperibilità nei confronti degli assistiti e delle loro famiglie verrà consegnato loro un Manuale comprendente un **Documento Informativo per l'attivazione della reperibilità e dei servizi di emergenza e urgenza** nel quale verranno comunicati i recapiti telefonici attivi 24 ore su 24 per 365 giorni l'anno.

#### **9.10.5.5 PIANIFICAZIONE DELLA RISORSE ASSEGNATE ALLA REPERIBILITÀ**

In merito alle modalità di pianificazione delle risorse da assegnare al servizio di reperibilità si specifica che:

- il Responsabile di Centrale individua gli operatori reperibili a cadenza mensile entro il ventesimo giorno del mese precedente. Grazie al sistema di gestione informatizzato in grado di fornire indicazioni sul carico di lavoro, territorialità e disponibilità.
- il Responsabile di Centrale, per i pazienti critici, individua a cadenza settimanale gli infermieri reperibili, uno per ciascun paziente, identificandoli tra gli operatori che già operano in turnazione presso il domicilio del paziente.

La pianificazione e l'attuazione della reperibilità verrà sviluppata attraverso il sistema informatizzato.

#### **9.10.6 CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DA PARTE DELLO STESSO OPERATORE, MICRO E MACRO TURNOVER**

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza da parte dello stesso operatore, la formazione di équipes stabili e la prevenzione del Burn out, ha intrapreso da anni una politica di gestione delle risorse umane che ha notevolmente migliorato la stabilità e la fidelizzazione degli operatori.

La prevenzione dello stress lavorativo, nei casi assistenziali complessi, viene effettuata tramite la supervisione periodica da parte dello psicologo di centrale e tramite la condivisione in équipe delle problematiche assistenziali.

Sono molti gli strumenti e strategie per perseguire e conseguire risultati in tale direzione e, in tale ottica, si colloca sicuramente il sistema premiante come strumento finalizzato a caratterizzare la gestione delle risorse in chiave "meritocratica" piuttosto che "uguagliante".

Con l'adozione del sistema premiante SISIFO ha inteso incentivare i comportamenti auspicabili e di scoraggiare i comportamenti non desiderati e fidelizzare l'operatore, l'Azienda ha già da tempo ravvisato l'esigenza di implementare strumenti di sistema premiante a superamento di quella che, in gergo tecnico, viene denominata "remunerazione a pioggia".

La Direzione nell'ottica del raggiungimento di una qualità globale del servizio e del clima aziendale espressa attraverso la customer satisfaction e la job satisfaction, da tempo è impegnata peraltro nella valutazione del turnover degli operatori.

In particolare l'analisi è focalizzata sul Macro-Turnover e sul Micro-Turnover.

Per Macro-Turnover si intende la variabilità degli operatori, in senso nominale, all'interno di una delle due attività di SISIFO: cure domiciliari e cure domiciliari palliative.

Storicamente operare in cure domiciliari rappresentava per molti operatori un'alternativa di ripiego nell'attesa di un posto più stabile e prestigioso e questo ha determinato un alto indice Macro-Turnover.

Al netto di quanto è avvenuto a causa dell'emergenza pandemica, questa tendenza in SISIFO sembra essere nettamente al ribasso.

Negli ultimi anni, ad eccezione della parentesi temporale dell'emergenza Covid, il Macro-Turnover, valutato considerando nominalmente gli operatori impegnati nell'assistenza ai pazienti è stato estremamente basso.

Anche il Micro-Turnover è un indicatore non sottovalutato dalla Direzione della SISIFO, dove per Micro-Turnover si intende la variabilità nominale degli operatori sullo stesso paziente.

L'indicatore ha un senso non solo nell'ottica della professionalizzazione degli operatori, cioè la garanzia di una conoscenza professionale atta a soddisfare la variabilità dei case-mix possibili in cure domiciliari, ma anche nella job satisfaction confermata dagli esiti di rilevazioni periodiche sul clima interno.

La diversificazione della conoscenza da un lato consente di affrontare con preparazione le emergenze assistenziali e dall'altro aumenta la soddisfazione dell'operatore, cosa fondamentale per garantire delle prestazioni efficaci, efficienti e di qualità.

Infatti, in tal modo l'operatore non viene a trovarsi appiattito in un lavoro routinario, ma viene ad esprimere tutte le sue potenzialità in un lavoro che richiede aggiornamento e formazione continua. L'attività di controllo di qualità della prestazione erogata si avvale anche del controllo sul Micro turnover effettivo a domicilio del paziente, oltre che della percezione del turnover da parte del paziente stesso e dei suoi familiari.

#### **9.10.7 CONCLUSIONE DEL TRATTAMENTO**

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 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 RQ insieme alla Direzione Sanitaria e alla Direzione Operativa, potrà dar luogo ad AC.

Le informazioni e notizie da trascrivere nella relazione di dimissione sono descritte in dettaglio nella procedura PG.7.5 -02 *Compilazione cartella clinica*.

La Direzione Operativa deve attivare le procedure di controllo necessarie a garantire la veridicità formale e materiale dei dati relativi all'assistenza, con particolare riguardo alle tariffe applicate.

La Direzione Tecnica provvede alla verifica ed al controllo della correttezza e completezza della documentazione sanitaria e il Coordinatore Infermieristico verificherà la documentazione prodotta dall'operatore a dimostrazione dei suoi accessi e della sua attività.

### **9.10.8 TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE PER CONTINUITÀ DELLE CURE**

Il trasferimento del paziente ad altra struttura avviene per garantire la continuità assistenziale, con metodiche specialistiche più selettive nei confronti della patologia presente che ne giustifica il trasferimento.

Il trasferimento può essere effettuato quando le condizioni fisiche del paziente peggiorano a tal punto durante il percorso assistenziale che non consentono più di erogare il trattamento in regime domiciliare per cui si dispone un ricovero presso una struttura ospedaliera.

### **9.10.9 TRASFERIMENTO AD ALTRA STRUTTURA SANITARIA PER EMERGENZA CLINICA**

Il trasferimento presso un nosocomio si verifica anche in caso di emergenza clinica.

Se in presenza dell'operatore SISIFO il paziente avverte un malore importante che non può essere gestito a domicilio si attiva la procedura di gestione dell'emergenza clinica che di fatto prevede:

- Chiamare il 118;
- Attendere l'arrivo dell'ambulanza;
- Avvisare il medico responsabile della ADI, medico di famiglia, la guardia medica se dopo le 20.00;
- Supportare la famiglia mentre si attenda l'arrivo dell'ambulanza;
- Spiegare alla famiglia l'iter del trasporto presso l'ospedale;
- Assicurarci che il paziente venga stabilizzato dagli operatori del 118;
- Documentare l'evento sul diario clinico;
- Avvisare la centrale Operativa

Per la gestione delle emergenze cliniche si veda la procedura *PG.8.5-02 Gestione emergenze cliniche*.

### **9.10.10 TRASPORTO DEL PAZIENTE**

Per il trasporto si utilizzeranno le ambulanze del Servizio "118". avendo cura di accertare che siano dotate di tutte le attrezzature previste per i casi di trasporto di pazienti in emergenza.

## **10. GESTIONE EVENTI IMPREVISTI**

### **10.1 Gestione degli Eventi Imprevisti**

Il Direttore Sanitario della centrale definisce la presente procedura per garantire la continuità dell'assistenza all'utente per l'intero orario di erogazione del servizio in caso di urgenze o di eventi imprevisti di tipo clinico, organizzativo e tecnologico. Il Direttore Tecnico deve far in modo che questa procedura sia condivisa dai coordinatori e conosciuta da tutto il personale coinvolto che deve essere in grado di attuarla al momento opportuno. Per le situazioni impreviste e non dettagliatamente specificate, l'operatore coinvolto, seguendo le disposizioni

del personale medico, assumerà un comportamento improntato a soddisfare nel migliore dei modi il bisogno dell'utente.

### **10.2 Eventi di tipo clinico**

Per gli eventi imprevisti di tipo clinico si attiverà apposita procedura di gestione dell'emergenza clinica.

(PG.8.5-02 Gestione emergenze e pronta reperibilità)

Se l'operatore è presente durante la crisi del paziente attuerà le tecniche rianimatorie del BLS e attiverà il 118.

### **10.3 Eventi di tipo organizzativo**

In caso di assenza improvvisa e/o comunque imprevista degli operatori si rimanda ai paragrafi precedenti

### **10.4 Eventi di tipo tecnologico**

#### **10.4.1 PRESIDI UTILIZZATI AL DOMICILIO**

Nel caso in cui SISIFO ritenesse necessario acquisire dei presidi e dispositivi non forniti dall'ASP, si incaricherebbe della loro efficace gestione.

Le procedure del consorzio infatti prevedono un attento programma di manutenzione che serve a minimizzare le perdite di tempo per fermo macchina, facilitare la definizione di eventuali problemi, mantenere il sistema in condizioni di funzionamento ideali per garantire risultati ottimali.

La strumentazione sarà tenuta sotto controllo sia attuando le procedure di manutenzione stabilite che effettuando le operazioni di qualità. Ciò nonostante possono verificarsi guasti improvvisi.

A tal fine SISIFO dispone di apposita procedura sulla Gestione delle attrezzature in cui è evidente che l'attività di manutenzione è programmata ed efficace e consente il consorzio di gestire eventuali imprevisti anche in caso di guasti o di carenze improvvise.

#### **10.4.2 ELENCO APPARECCHIATURE DI SCORTA**

Per la gestione dei guasti prolungati si provvederà, ove necessario, ad acquisire dei dispositivi di scorta. Inoltre SISIFO inserisce tra i suoi fornitori qualificati ditte e società in grado in tempi rapidi di fornire quanto necessario per sostituire il dispositivo non funzionante.

Infine ogni centrale operativa dispone di apparecchiature e dispositivi di back up e può in caso di necessità trasferire temporaneamente all'altra centrale operativa lo strumento richiesto.

#### **10.4.3 SISTEMA INFORMATICO**

In caso di guasti ai computer o al sistema informativo deve essere interpellato tempestivamente il Responsabile del Sistema Informativo per immediato intervento.

#### **10.4.4 ALTRE**

Per guasti di tipo strutturale/impiantistico della Centrale Operativa occorre attivare il servizio di prevenzione e protezione come da procedura aziendale.

#### 10.4.5 BLACK OUT

In caso di improvvisa inoperatività della centrale operativa, per qualsivoglia motivo, il Responsabile di sede provvede a dare immediata informazione telefonica al RSPP per attivare tutte le procedure di verifica del guasto tramite le ditte di manutenzione incaricate.

#### 11. INDICATORI DI MONITORAGGIO

OBIETTIVO	INDICATORE	SOGLIA	PERIODICITA' RILEVAZIONE
Garantire l'accesso e la continuità 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	100%	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