



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGIONE SICILIANA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI AGRIGENTO

Sede Legale Viale della Vittoria n.321 - 92100 Agrigento – P.iva e C.F. 02570930848 -Tel 0922 442111
U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica, Ospedalità privata, Medica Legale e Fiscale ed Assist. integr.
socio-sanitaria
Viale della Vittoria n.321 Agrigento
Servizio Cure Domiciliari

LINEE GUIDA PER LE CURE DOMICILIARI (PAA 2014 Cap.4.2d)

ASP Agrigento

	Nome/funzione	Firma in Originale
Redazione: 06.10.2014	Dott. Vincenzo Lucio Mancuso Referente Aziendale Cure Domiciliari	
Verifica e approvazione	Dott.ssa Fiorella Patti Direttore U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base, Specialistica, Ospedalità privata, Medica Legale e Fiscale ed Assist. integr. socio-sanitaria	
Autorizzata da	Direttore Sanitario	

Sommario

Azienda sanitaria provinciale di agrigento.....	1
Premessa.....	4
Obiettivi.....	5
Analisi del contesto.....	5
Analisi del contesto: territorio di realizzazione e caratteristiche della popolazione.....	6
Analisi dei dati.....	7
Soggetti in a.d.i periodo: gennaio – settembre 2014.....	8
Finalità.....	8
Destinatari.....	8
Criteri di ammissione e di eleggibilità.....	10
Modalità di accesso e di organizzazione e percorso di erogazione delle cure domiciliari.....	10
L'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari (punto unico di accesso).....	10
Pua front-office.....	11
Pua back-office.....	11
Organizzazione degli sportelli unici.....	12
Sportelli unici dei distretti sanitari di base dell'asp di agrigento:.....	13
Pua Agrigento.....	13
Pua Bivona.....	13
Pua Canicattì.....	13
Pua Casteltermini.....	13
Pua Licata.....	13
Pua Ribera.....	13
Pua Sciacca.....	14
La valutazione multidimensionale.....	14
La presa in carico.....	15
Cartella clinica domiciliare.....	17
Sedi e recapiti delle unità valutativa multidimensionale.....	18
Erogazione del servizio.....	19
Nuovo paziente e attivazione del servizio.....	19
Proroga o variazione del PAI.....	19
Ricovero o sospensione del paziente.....	19
Decesso del paziente.....	20
Reperibilità.....	20
Fatturazione.....	20
Elaborazione dati statistici e flussi.....	20
Informatizzazione.....	21
Caratteristiche del software.....	21
Assistenza domiciliare integrata.....	21
Il backoffice.....	21
Il front end.....	22
I moduli dell'applicativo.....	22
Modulo anagrafica operatori (modulo anagrafico).....	23
Modulo gestione cartelle (modulo operativo).....	23
Modulo elenco pai in attesa di autorizzazione (modulo operativo).....	23
Modulo esportazioni (modulo statistico).....	23
Modulo stampe (modulo reportistica).....	23
Modulo flussi informativi (modulo sistema).....	24
Modulo budget (modulo anagrafico / sistema).....	24
Modulo autorizzazioni (modulo sistema).....	24
La cartella socio-sanitaria.....	24
La prescrizione.....	25
La prima valutazione.....	25
Il pai.....	25
Valutazione del PAI.....	25

Definizione degli estremi del pai	25
Piano assistenziale.....	26
Accessi a consuntivo.....	26
Le sospensioni.....	26
Gli accessi della cartella.....	26
I controlli di appropriatezza ASP Agrigento.....	26
Dimissione	26
Controlli di sistema e automatismi.....	26
(allegato linea guida inserimento nel sistema informatico)	27
Allegato 1 - PAI.....	28
Allegato 2 - cartella clinica	28
Allegato 3 – proposta di attivazione	28
Allegato 4 – questionario 1	28
Allegato 4 – questionario 2	28

PREMESSA

A seguito di quanto previsto dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento per l'Integrazione Socio-Sanitaria (DPCM 14/02/2001) e dalla "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" elaborata dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli di assistenza del Ministero della Salute - 2006 - (L.E.A. ASSISTENZA DISTRETTUALE), l'utilizzo della denominazione "**cure domiciliari**" anziché "**assistenza domiciliare**" risponde alla necessità di distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e socio-sanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

La Regione Sicilia ha recepito tale documento attraverso il decreto n. 2459 del 12 novembre 2007 che, insieme al decreto n. 2461 del 12 novembre 2007 (entrambi in *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 56 del 30 novembre 2007) concernente le "Linee guida in materia di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani e altri tipi di pazienti non autosufficienti".

La regione Sicilia recentemente al fine di regolamentare, "le modalità d'integrazione tra servizi e prestazioni di natura socio-sanitaria relativamente alla presa in carico e la cura a domicilio degli anziani e delle altre categorie di pazienti definiti non autosufficienti dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001", con Decreto Presidenziale del 26/01/2011, pubblicato sulla G.U.R.S. del 11/02/2011, ha emanato le "**Linee guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari.**"

Le linee guida forniscono indirizzi operativi per i distretti sanitari, i distretti socio-sanitari e i comuni della Regione Siciliana al fine di attivare le risorse necessarie a mettere in campo le azioni ritenute indispensabili a sostenere il coordinamento dei servizi sanitari e socio-assistenziali interessati e sostenere l'integrazione delle prestazioni di natura sanitaria e socio-assistenziale.

Le linee guida sono redatte seguendo il percorso e le indicazioni metodologiche contenute nel Piano d'azione degli obiettivi di servizio 2007-2013 della Regione siciliana e definite sulla base della strategia di sviluppo regionale, per il suddetto periodo, delineata dal Quadro strategico nazionale (QSN) al fine di migliorare nel Mezzogiorno alcuni servizi ritenuti essenziali per i cittadini, tra cui i servizi di assistenza domiciliare integrata.

Relativamente ai servizi di cura per gli anziani, il QSN ha individuato un indicatore statistico per il quale è stato posto il target del 3,5% di assistiti sul totale della popolazione anziana (>65 anni), il cui raggiungimento rappresenterà un concreto segnale di miglioramento della qualità della vita dei cittadini.

Le linee guida forniscono indirizzi operativi per i distretti sanitari, i distretti socio-sanitari e i comuni della Regione siciliana al fine di attivare le risorse necessarie a mettere in campo le azioni ritenute indispensabili a sostenere il coordinamento dei servizi sanitari e socio-assistenziali interessati e sostenere l'integrazione delle prestazioni di natura sanitaria e socio-assistenziale.

Nello specifico per cure domiciliari integrate di primo e secondo livello (già assistenza domiciliare integrata - A.D.I.) si intende un servizio che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, **con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico**, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana. Il servizio, di competenza sia del SSN che dell'Ente Locale, fondato sul modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni (intendendo per domicilio l'abituale ambiente di vita della persona, sia esso la propria abitazione o una struttura comunitaria, casa di riposo, casa protetta o altra struttura di accoglienza a carattere prevalentemente socio-assistenziale), si connota per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

Caratteristica essenziale è l'unitarietà d'intervento, che deve essere basato sul concorso progettuale di contributi professionali, sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato.

Obiettivo specifico è la continuità delle cure basandosi sulla condivisione dei propositi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute. Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale è valutato attraverso idonei strumenti che consentono la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse (S.Va.Ma e P.A.I.).

OBIETTIVI

Uniformare le modalità operative per l'erogazione dell'assistenza a domicilio da parte di tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza. Costruire e diffondere delle linee di indirizzo utili nell'espletamento di specifiche prestazioni a domicilio

Campo di applicazione

Questa procedura verrà applicata in tutti i contesti aziendali, territoriali e domiciliari che prevedono l'attivazione e l'assistenza erogata per le Cure Domiciliari.

Al servizio di Cure Domiciliari afferiscono tutte le persone con problemi sanitari presenti nel territorio della nostra ASP.

ANALISI DEL CONTESTO

L'Azienda sanitaria Provinciale di Agrigento ha redatto un programma di interventi mirati alla riorganizzazione delle cure domiciliari in linea con il documento esitato dalla **Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, e da quanto previsto dal D.A. 2 luglio 2008, partendo anche dalle specifiche indicazioni previste per i D.G., nonché dagli obiettivi che la regione Sicilia si pone con il Piano d'azione per gli obiettivi di servizio del QSN 2007-2013**

Le recenti normative in materia di Cure domiciliari, hanno imposto un nuovo sistema funzionale , ed è in questo ambito che l'ASP si è mossa con la redazione del Piano organizzativo-operativo trasmesso all'Assessorato alla Salute come previsto entro il 30.03.2010, mirato a riorganizzare e riqualificare le Cure Domiciliari nella Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento.

Il suddetto piano prevede una serie di attività finalizzate alla riorganizzazione della fase di programmazione, con lo scopo di realizzare un servizio omogeneo di Cure Domiciliari sul territorio, che nella fattispecie coincide con l'ambito territoriale dell'ASP di Agrigento, oltre ad una nuova definizione degli assetti organizzativi ed una puntuale individuazione del ruolo dei vari attori, che saranno chiamati ad operare in modo sinergico e nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità.

A livello organizzativo gli elementi sui quali si è intervenuti sono:

- 1) la creazione dello "Sportello unico per l'integrazione socio-sanitaria",
- 2) lo sviluppo dell' "assistenza domiciliare" che deve superare i limiti prestazionali ed erogativi che ne hanno caratterizzato l'avvio;
- 3) l'istituzione e l'attivazione dell'ufficio distrettuale per le cure domiciliari, affidato alla responsabilità del referente delle cure domiciliari.
- 4) la costituzione e l'attivazione dell'équipe multidisciplinare nel distretto, che permetta di superare la dispersione di risorse umane e professionali che si è venuta a creare nel tempo con la costituzione di varie équipe specialistiche.

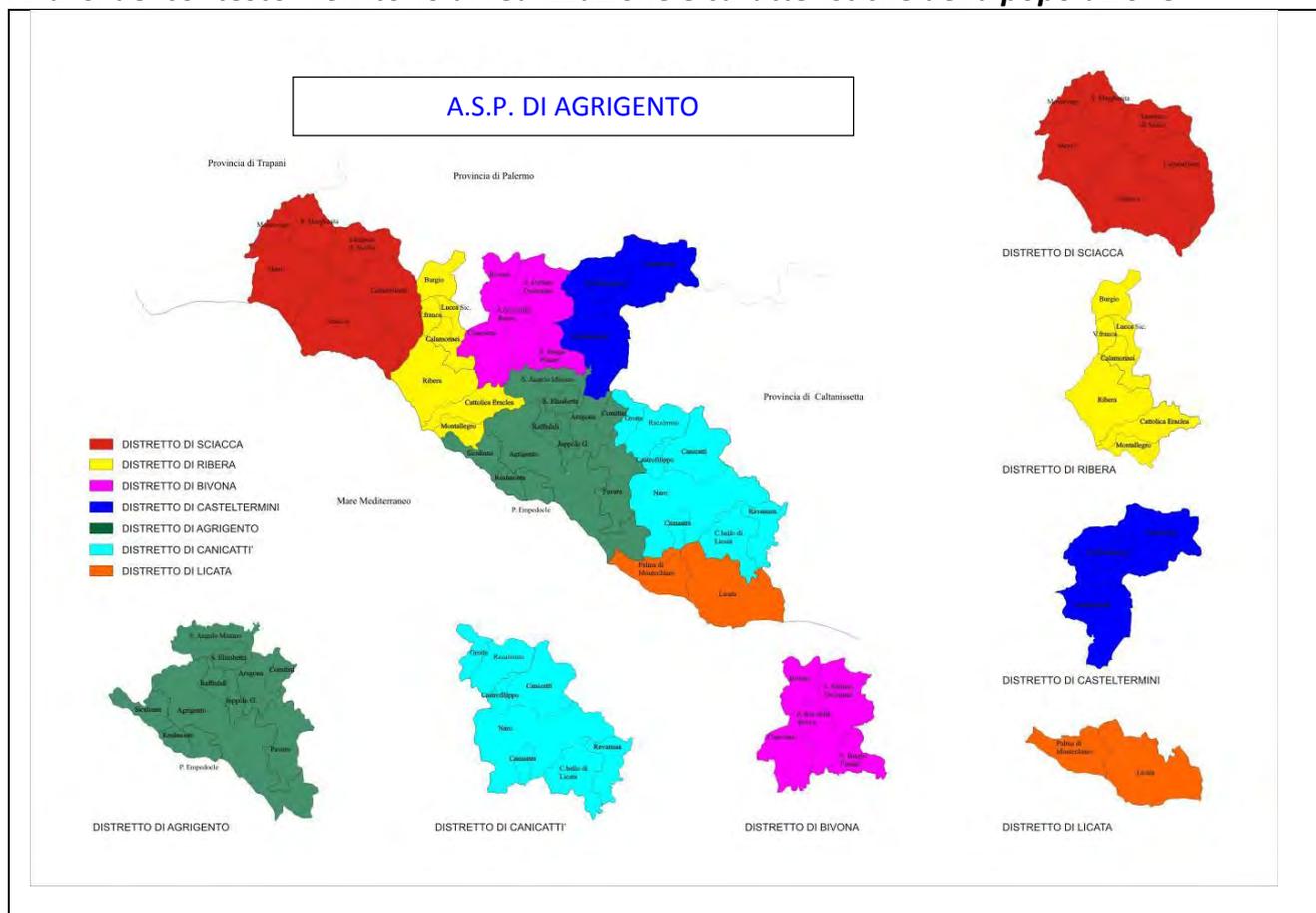
L'indicatore, da raggiungere come target dalla Regione Sicilia è pari al 3,5% della popolazione ultrasessantacinquenne; esso, che è anche il valore fissato dai Livelli Essenziali di Assistenza, corrisponde al livello attualmente raggiunto nel Centro-Nord.

Quanto su esposto rappresenta l'obiettivo del Piano d'azione per gli obiettivi di servizio del QSN 2007-2013, per l'ADI, rilevato direttamente dal Ministero della Salute, che, per l'appunto, è il "Numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre)".

Coerentemente con gli indicatori sopra richiamati, i potenziali utenti possono stimarsi in circa 3.092 soggetti. L'Azienda nell'ambito della riorganizzazione del sistema delle C.D. si è posta degli obiettivi al fine di potere raggiungere il target previsto; obiettivi reali che mirano ad un incremento in progress e che permetteranno alla popolazione di potere usufruire del servizio in piena consapevolezza e partecipazione, attraverso il coinvolgimento di tutti i portatori di interesse, per favorire una diffusione capillare su tutto il territorio della A.S.P.

E' con tale proposito che l'ASP di Agrigento, volendo imprimere maggiore impulso all'integrazione Ospedale-Territorio, ha adottato un Protocollo condiviso di dimissioni ed ammissioni protette alle cure ospedaliere per i pazienti fragili, sottoscrivendolo con tutte le parti interessate in data 14 aprile 2010.

Analisi del contesto: Territorio di realizzazione e caratteristiche della popolazione.



L'ambito territoriale di riferimento è quello dell'ASP di Agrigento, che coincide per larga parte con la Provincia Regionale; esso comprende n°42 comuni, per una superficie di 3.043 Km², con una popolazione complessiva di 442.632 abitanti (al 31.12.2013) e con una densità abitativa pari a 145,45 per Km².

A.S.P. – AGRIGENTO		
Distretto di:	Popolazione generale al 31/12/2013	Popolazione ultrasessantacinquenne al 31/12/2013
Agrigento	147.831	29.633
Bivona	18.651	4.789
Canicattì	85.237	17.337
Casteltermini	22.843	4.724
Licata	61.891	12.054
Ribera	33.104	7.848
Sciacca	72.985	11.956
Totale	442.632	88.341

La popolazione ultra-sessantacinquenne al 30.12.2013 ammonta in totale ad 88.341 unità, pari al 19 % della popolazione complessiva, l'indice di vecchiaia è di 153,9 % (1); mentre l'indice di invecchiamento è pari al 19,9 % (2).

(1) **indice di vecchiaia:**
$$\frac{\text{popolazione residente} \geq 65 \text{ anni}}{\text{popolazione residente} \leq 14 \text{ anni}} \times 100$$

(2) **indice di invecchiamento:**
$$\frac{\text{popolazione residente} \geq 65 \text{ anni}}{\text{popolazione residente}} \times 100$$

Gli interventi di riorganizzazione previsti dal piano organizzativo-operativo del sistema **di Cure Domiciliari**, mirano a realizzare un servizio omogeneo su tutto il territorio dell'ASP che non può prescindere dall'acquisizione di una metodologia fondata sulla integrazione multiprofessionale e che vede coinvolte anche le varie articolazioni aziendali.

Analisi dei dati

In questi ultimi anni si è registrato, anche e soprattutto per effetto dell'azione di promozione del servizio e con il coinvolgimento di larga parte dei Medici dell'Assistenza Primaria, un sostanziale incremento dei pazienti fruitori delle Cure domiciliari.

Pazienti in ADI anno 2009	n.477 (in totale)
Pazienti in ADI anno 2010	n.763 (in totale)
Pazienti in ADI anno 2011	n.1392 dei quali n.1281 over 65
Pazienti in ADI anno 2012	n.3475 dei quali n.3.084 over 65
Pazienti in ADI anno 2013	n.3.399 dei quali n.3.110 over 65

I dati sopra riportati attestano inequivocabilmente il progressivo incremento del servizio ADI assicurato da quest'Azienda che, in questi ultimi anni ha pienamente raggiunto il livello di assistenza previsto dall'anzidetto Piano d'azione per gli obiettivi di servizio del QSN 2007-2013, vale a dire il 3,5% della popolazione ultrasessantacinquenne.

Per l'anno in corso, sulla scorta del valore % prefissato dall'Assessorato Regionale, i casi da trattare si attestano a n°3.092, ossia il 3,5% della popolazione ultrasessantacinquenne (n°88.341 al 31.12.2013).

SOGGETTI in A.D.I Periodo: GENNAIO – SETTEMBRE 2014

<i>Distretto</i>	n. Totale Pazienti	Pazienti > 65 anni	3,5 % della popolazione ultrasessantacinquenne
<i>Agrigento</i>	777	686	1.037
<i>Bivona</i>	221	204	168
<i>Canicattì</i>	638	574	607
<i>Casteltermini</i>	192	180	165
<i>Licata</i>	437	408	422
<i>Ribera</i>	235	218	275
<i>Sciacca</i>	566	514	418
Totale	3066	2784	3092

Va fatto rilevare che nell'anno 2014, mensilmente, i soggetti in linea fruitori di Cure Domiciliari (C.D.) ammontano mediamente a n°1.275 ca, ripartiti in:

- 15% in C.D. a bassa intensità;
- 53% in C.D. a media intensità;
- 32% in C.D. al alta intensità.

FINALITÀ

Assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato del ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale :

Continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;

Supporto alla famiglia;

Adozione di modalità di intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente;

Sviluppo di una modalità d'intervento incentrata sul lavoro d'èquipe al fine di realizzare l'effettiva integrazione degli interventi;

Economicità dell'assistenza*.

* Il costo complessivo delle cure domiciliari integrate di primo e secondo livello, al netto della quota di compartecipazione dell'utente per i costi socio-assistenziali, non deve superare quello dell'assistenza in regime residenziale, e trova riferimento per la sua attribuzione rispettivamente al Comune di residenza/Ambito territoriale e al Distretto Socio-Sanitario.

DESTINATARI

Le Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello sono rivolte a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario:

- anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità;

- con patologie acute temporaneamente invalidanti, trattabili a domicilio;
- pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri;
- con disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione dell'autonomia.

Nell'ambito del piano organizzativo-operativo mirato a riorganizzare e riqualificare le Cure Domiciliari nella Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento, si è stabilito di distinguere i profili di cura dei pazienti da trattare in ADI nelle tre seguenti tipologie:

- I° livello (a bassa intensità) ;
- II° livello (a media intensità);
- III° livello (ad alta intensità e cure palliative);

in relazione ai quali sono stati elaborati dei percorsi assistenziali standard e per i quali sono stati previsti figure professionali , periodo di presa in carico e costi ipotizzati.

Di seguito viene riportato il quadro riassuntivo distinto per livello di cura:

Caratteristica dell'assistenza da erogare ai pazienti di primo livello (bassa intensità)

Profilo di cura	Intensità assistenziale CIA=GEA/GdC	Durata media del piano di cura	Figure professionali Impegno assistenziale in minuti	Servizio operativo(8-20)
I Livello	Bassa 0,42 x 3 accessi x 12,85 sett.= 38,55 accessi	Giorni 90 Settimane 12 Mesi 3	Infermiere (40') Prof.sti Riab.(60')	6 giorni su 7

Caratteristica dell'assistenza da erogare ai pazienti di II° livello (media intensità)

Profilo di cura	Intensità assistenziale CIA=GEA/GdC	Durata media del piano di cura	Figure professionali Impegno assistenziale in minuti	Servizio operativo
II° Livello	Medio 0,64 4,5 accessi x 12,85 sett.= 57,825	Giorni 90 Settimane 12,85 Mesi 3	Infermiere (45) Prof.sti Riab.(60')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore sabato e festivi

Caratteristica dell'assistenza da erogare ai pazienti di III° livello (alta intensità)

Profilo di cura	Intensità assistenziale CIA=GEA/GdC	Durata media del piano di cura	Figure professionali Impegno assistenziale in minuti	Servizio operativo
------------------------	--	---------------------------------------	---	---------------------------

III° Livello	Palliative ed ad Alta intensità 0,85 6 accessi x 8,57 sett.= 51,42	Giorni 60 Settimane 8,57 Mesi 2	Infermiere (60') Prof.sti Riab.(60') Osa-Oss(60'90) Psicologo(60')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore sabato e festivi Reperibilità medico infermieristica h 24
--------------	---	---------------------------------------	---	--

CRITERI DI AMMISSIONE E DI ELEGGIBILITÀ

I requisiti o condizioni di eleggibilità generali per l'attivazione delle cure domiciliari integrate, sono:

- condizione di **non autosufficienza, disabilità e/o di fragilità** (determinata dalla concomitanza di diversi fattori biologici, psicologici e socio-ambientali che agendo in modo coincidente inducono ad una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo), e **patologie in atto o esiti** delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- adeguato supporto familiare e/o informale;
- idonee condizioni abitative;
- consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- presa in carico da parte del MMG/PLS;
- residenza in uno dei Comuni dell'Ambito territoriale.

MODALITÀ DI ACCESSO E DI ORGANIZZAZIONE E PERCORSO DI EROGAZIONE DELLE CURE DOMICILIARI

Il governo dell'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari e l'erogazione delle prestazioni connesse si articola attraverso un sistema di relazioni, scambio di informazioni, attivazione di risorse ed erogazione di prestazioni che vede coinvolte diverse figure professionali alle quali sono attribuite responsabilità differenti.

Si tratta di una rete di attori e un insieme di attività che vede coinvolti:

- il Punto unico di accesso (PUA);
- la "unità distrettuale cure domiciliari" istituita nell'ambito dei distretti sanitari;
- il case manager-responsabile del caso;
- il medico curante dell'assistito;
- i componenti delle unità di valutazione multidimensionale (medico specialista, terapeuta della riabilitazione, assistente sociale, infermiere professionale, e altre figure specialistiche ritenute rilevanti);
- assistenti sociali dei comuni;
- gli sportelli o punti informativi collocati nei comuni del distretto sociosanitario.

L'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari (Punto unico di accesso)

L'accesso al sistema integrato delle cure domiciliari prevede, la segnalazione al Punto unico di accesso (PUA) da parte di uno dei seguenti soggetti:

- medico curante dell'assistito;
- medico del reparto ospedaliero in fase di pre-dimissione;
- medico responsabile di struttura residenziale (RSA);
- responsabile della struttura socio-assistenziale (Casa di riposo-comunità protetta);
- farmacie aperte al pubblico;
- servizi sociali;

- associazioni di volontariato, cooperative sociali;
- familiari dell'assistito; altri soggetti (vicinato, rete amicale, ecc..);

la richiesta di accesso al sistema delle cure domiciliari integrate attraverso il PUA che svolge la funzione di accoglienza delle richieste, riscontro dei requisiti essenziali, lettura e decodifica del bisogno, orientamento.

Tale modalità presuppone che la segnalazione, da chiunque provenga, deve pervenire al PUA che rappresenta l'unico organismo abilitato ad avviare il percorso di accesso al sistema delle cure domiciliari integrate, assorbendo le funzioni già attribuite allo sportello unico per l'integrazione socio-sanitaria previsto dal decreto 2 luglio 2008.

Il PUA rappresenta il punto di raccolta di tutte le segnalazioni ed il conseguente raccordo funzionale tra i diversi soggetti componenti la rete del sistema integrato delle cure domiciliari.

Il PUA non consiste, quindi, soltanto in un luogo fisico centralizzato e ben identificato, ma anche nel raccordo operativo tra i soggetti della rete che, utilizzando una modulistica unica, adottano modalità di accesso uniformi al sistema delle cure domiciliari integrate.

Per quanto attiene l'assetto organizzativo, il PUA è articolato in due livelli di operatività, ognuno con proprie funzioni e ruoli definiti ma fortemente integrati tra loro:

1. Front -office;
2. Back -office .

PUA Front-office

A tale livello operativo è attribuito il ruolo di promotore di nuove modalità di accoglienza e di risposta al cittadino attraverso lo svolgimento delle seguenti funzioni:

- accesso accoglienza;
- raccolta di segnalazioni;
- orientamento e gestione della domanda;
- attivazione diretta di prestazioni in risposta ai bisogni semplici;
- avvio della presa in carico.

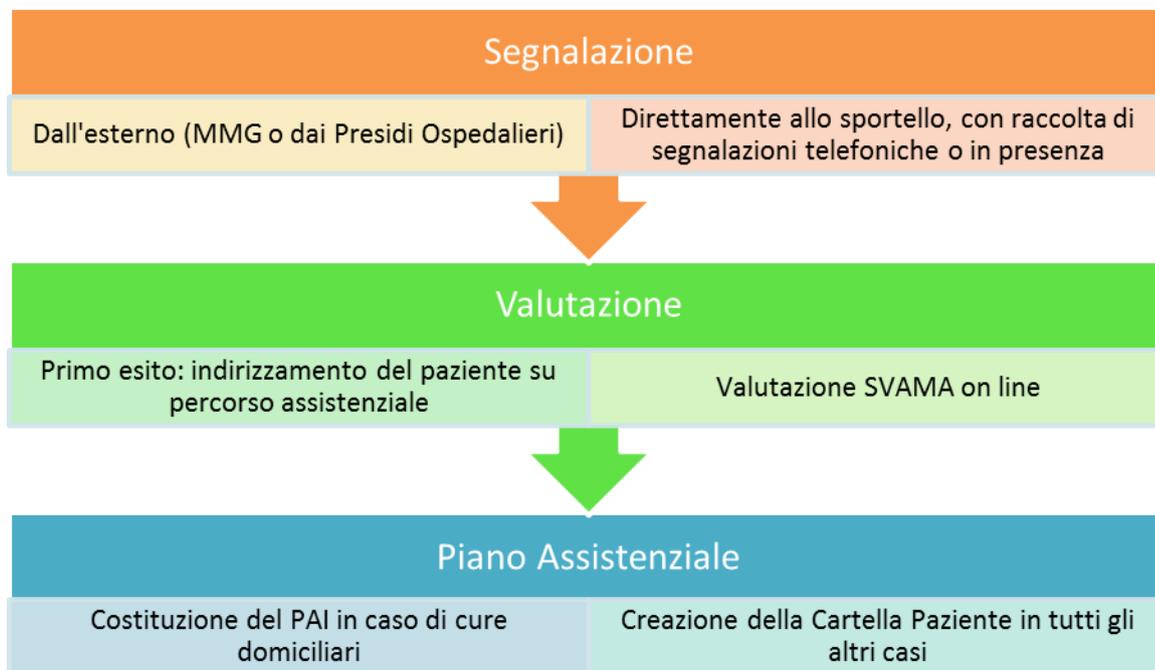
PUA Back-office

In questo livello di operatività il ruolo svolto dal PUA è quello di supportare la promozione e la qualificazione del sistema integrato dei servizi e delle prestazioni del territorio, attraverso le seguenti funzioni:

- elaborazione di procedure di registrazione dei bisogni espressi;
- elaborazione di procedure di registrazione della risposta alla domanda sociale rilevata;
- elaborazione di protocolli operativi integrati;
- elaborazione della modulistica;
- coordinamento della rete;
- mappatura delle risorse del territorio;
- elaborazione report quanti/qualitativi della domanda e dell'offerta;

Alle suddette funzioni sono correlate le seguenti attività:

- analisi preliminare e di screening del bisogno;
- apertura di una cartella con data-set minimo di informazioni;



Organizzazione degli sportelli Unici

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento ha già individuato le sedi degli sportelli unici, che sono ubicati presso le sedi dei 7 Distretti, con le caratteristiche organizzative di seguito elencate:

Organizzazione sportelli distrettuali Caratteristiche dello SU:

- lo sportello di norma è aperto 12 ore al giorno per 5 giorni la settimana;
- gli sportelli unici sono collegati con tutte le attività front-office e **Back-office** distrettuali (URP, CUP)
- le istanze degli utenti vengono selezionate ed inviate ai servizi del Distretto;
- i modelli per le richieste sono stati predisposti dal servizio Aziendale per le cure domiciliari (vedi allegato);**
- il personale addetto è stato formato e viene aggiornato periodicamente ;
- Figure professionali presenti: 1 Assistente sociale, 1 Infermiere e 1 Amministrativo con conoscenze Informatiche.

La funzione, espletata dal Punto Unico d'Accesso, prevede:

- recepimento delle richieste
- attivazione dei percorsi sanitari e sociali semplici
- attivazione Unità di Valutazione Multidimensionale
- attivazione e gestione dei rapporti con gli altri Servizi ospedalieri interni alla ASP per la programmazione delle dimissioni
- cura dei rapporti con i Servizi ospedalieri esterni alla ASP per dimissioni e ricoveri
- Informazione, decodifica orientamento della domanda e strumento di gestione dell'offerta.**
- Raccolta dei dati e della documentazione necessaria all'istruttoria della domanda di accesso alla rete dei servizi s.s.**
- Accoglimento di tutte le richieste di assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale a gestione integrata.**
- Gestione dell'agenda e supporto all'attività amministrativa dell'U.V.M.**

Sportelli Unici dei Distretti Sanitari di base dell'ASP di Agrigento:

PUA AGRIGENTO

Afferiscono al distretto i comuni di:

Agrigento, Aragona, Comitini, Favara, Ioppolo Giancaxio, Porto Empedocle, Raffadali, Realmonte, Santa Elisabetta, Sant'angelo Muxaro, Siculiana.

Sede: Via Giovanni XIII° n°182 (sede ex PO San Giovanni di Dio) Piano Terra

Giorni ed orari di apertura:

dal lunedì al giovedì dalle h 08:00 alle h 14:00 dalle h 15:00 alle h 18:00
venerdì dalle h 08:00 alle h 14:00

Contatti:

Numero di telefono: 0922/407752 - 0922/407763 Numero fax: 0922/407763 mail: dsagrigeno.sportellounico@aspag.it

PUA BIVONA

Afferiscono al Distretto i comuni di: **Alessandria Della Rocca, Bivona, Cianciana, San Biagio Platani, Santo Stefano Quisquina.**

Sede: Via Cappuccini (ex Tracomatosario)

Giorni ed orari di apertura:

Dal lunedì al venerdì dalle h 08:00 alle h 14:00
Martedì e giovedì dalle h 15:00 alle h 18:00

Contatti:

Numero di telefono: 0922/993022 Numero fax: 0922/986476 e-mail: dsbivona.sportellounico@aspag.it

PUA CANICATTI

Afferiscono Al Distretto i comuni di: **Camagra, Campobello di Licata, Canicatti, Castrofilippo, Grotte, Naro, Racalmuto, Ravanusa.**

Sede: Via Pietro Micca 10 (Vecchio Ospedale)

Giorni ed orari di apertura:

lunedì e giovedì dalle h 08:00 alle h 18:00
martedì; mercoledì; venerdì dalle h 08:00 alle h 14:00

Contatti: Numero di telefono: 0922/733538 0922/733541 Numero Verde: 800749627 Numero fax: 0922/733538

e-mail: dscanicatti.sportellounico@aspag.it

PUA CASTELTERMINI

Afferiscono al Distretto i comuni di: Cammarata, Casteltermini, San Giovanni Gemini

Sede: Via Kennedy 55

Giorni ed orari di apertura:

dal lunedì al venerdì dalle h 08:00 alle h 20:00

Contatti:

Numero di telefono: 0922/912560 Numero fax: 0922/917682

Numero Verde: 800059736 e-mail: dscasteltermini.sportellounico@aspag.it

PUA LICATA

Afferiscono al Distretto i comuni di: Licata e Palma di Montechiaro.

Sede: Via Sottotenente Palma - Palma di Montechiaro

Giorni ed orari di apertura:

Dal lunedì al venerdì dalle h 08:00 alle h 18:00

Contatti:

Numero di telefono: 0922/790234 Numero fax: 0922/790235 Numero Verde: 800153215

e-mail: dslicata.sportellounico@aspag.it

PUA RIBERA

Afferiscono al Distretto i comuni di: Burgio, Calamonaci, Cattolica Eraclea, Lucca Sicula, Montallegro, Ribera, Villafranca Sicula.

Sede: Via Circonvallazione Ribera

Giorni ed orari di apertura: dal lunedì al giovedì dalle h 08:00 alle h 18:00

Venerdì dalle h 08:00 alle h 14:00

Contatti:

Numero di telefono: 0925/562258 Numero fax: 0925/562258

e-mail: dsribera.sportellounico@aspag.it

PUA SCIACCA

Afferiscono al Distretto i comuni di: Caltabellotta, Menfi, Montevago, Sambuca Di Sicilia, Santa Margherita Di Belice, Sciacca.

Sede: Via Pompei c/o PO Sciacca

Giorni ed orari di apertura: Dal lunedì al venerdì dalle h 08:00 alle h 14:00

martedì e giovedì dalle h15:00 alle h 18:00

Contatti:

Numero di telefono: 0925/962688 Numero fax: 0925/962681

e-mail: dssciacca.sportellounico@aspag.it

La valutazione Multidimensionale.

La valutazione multidimensionale è per definizione un **“processo globale e dinamico interdisciplinare volto ad identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale di una persona”**.

Lo scopo dell'U.V.M. è quello di definire Piani di intervento Personalizzati, individuazione del case-manager, valutazione dei risultati ottenuti in relazione agli obiettivi programmati.

Composizione UVM distrettuale

Secondo il **Decreto 12 novembre 2007**, le figure professionali che costituiscono l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), la cui composizione varia in relazione al bisogno, risulta composta come segue:

- Responsabile distrettuale U.O. ADI
- il MMG (PLS in caso di minori)
- l'infermiere
- l'assistente sociale(è prevista la presenza dell'assistente sociale del comune)
- il terapeuta della riabilitazione
- l'assistente sociale del distretto socio sanitario.

il responsabile distrettuale ADI, qualora lo ritenga opportuno sulla scorta dell'istanza presentata si avvale dell'intervento degli specialisti convenzionati interni di riferimento (geriatra, neurologo, fisiatra, psichiatra, neuropsichiatra infantile, palliativista, etc.) i quali per contratto sono tenuti a redigere il PAI insieme all'UVM. L'UVM effettua la VMD (a domicilio o nel reparto ospedaliero) e con l'adozione della scheda SVAMA (D. A. n. 2461 del 12-11-2007) formula il PAI che viene formalmente condiviso tra i componenti e verbalizzato in una apposita riunione di equipe.

Nel PAI vengono identificati e prioritizzati i bisogni assistenziali, si propongono gli interventi necessari individuando i tempi, le risorse umane e professionali necessarie, definendone gli obiettivi (intermedio e finali) e il calendario delle verifiche (intermedie e finali).

L'U.V.M. ha il compito di:

- 1) garantire accoglienza, diagnosi e presa in carico dei pazienti e dei loro familiari, attraverso la selezione e gestione delle priorità, sia di valutazione che d'ingresso nella rete dei servizi;
- 1) predisporre, per ogni singolo utente, un progetto assistenziale e riabilitativo individuale attraverso una valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale finalizzata all'inserimento più idoneo nella rete dei servizi;
- 3) razionalizzare ed omogeneizzare gli interventi per ottenere il miglior utilizzo della rete dei servizi socio-assistenziali e sanitari a domicilio;
- 4) agevolare la permanenza, il più a lungo possibile, della persona in stato di bisogno socio-sanitario presso il proprio domicilio;
- 5) favorire la deospedalizzazione al fine di evitare i ricoveri impropri;
- 6) perseguire il rientro nell'ambiente familiare, dopo la permanenza in strutture residenziali;
- 7) verificare l'attuazione dei progetti assistenziali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari) tramite il monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati conseguiti con gli interventi già effettuati, volgendo specifica attenzione all'appropriatezza dell'allocazione e all'efficacia degli interventi assistenziali erogati

- 8) ottimizzare la spesa socio-sanitaria;
- 9) fornire i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività distrettuale;
- 10) operare in sinergia con gli enti locali, strutture ospedaliere, strutture residenziali e semiresidenziali;
- 11) favorire l'integrazione socio-sanitaria attraverso un punto unico di accesso della domanda "Comune - ASP" implementando le competenze e i servizi in modo complementare.

Con specifico riguardo ai punti 10) e 11), è appena il caso di sottolineare che, ormai da tempo, sono in vigore norme che hanno introdotto l'obbligo di dar vita a vere sinergie tra EE.LL. e SSN finalizzate a realizzare una piena integrazione, intesa come momento strategica per aggredire efficacemente i bisogni socio-assistenziali della popolazione.

Proprio a ciò mira la **Legge n° 328/2000** ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali") che, tra l'altro, prevede la realizzazione di "progetti integrati tra assistenza e sanità, realizzati in rete con azioni e programmi coordinati tra soggetti pubblici e privati, volti a sostenere e a favorire, l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente familiare".

In linea con la predetta norma, la Regione Sicilia ha emanato una serie di disposizioni attuative, quali: il **D.P.R.S. n.243 del 03.11.2002** (Linee Guida per l'attuazione del piano socio-sanitario delle regione Sicilia), l'Indice Ragionato per la stesura del Piano di Zona, il Decreto Presidenziale 28.10.2005 (Programmazione degli interventi di cui al documento "Analisi, orientamenti e priorità legge n.328/2000 – triennio 2004/2006" ed altre disposizioni normative succedutesi in questi anni.

Ma che, senza dubbio, questa sia anche la vocazione del Servizio Sanitario, è testimoniato anche dall'art.7, dell'Allegato A al D.A.14.03.2001 "*Principi e criteri per l'adozione dell'Atto Aziendale*".

Alla UVM compete la definizione del "contratto terapeutico assistenziale" come strumento di lavoro degli operatori, della persona assistita e della famiglia, utile a definire gli scopi dell'intervento e a valutare come e quando si giunge al risultato.

La condivisione del piano assistenziale tra gli operatori, la persona assistita ed i famigliari e/o il care giver consente una ottimizzazione dei tempi e delle prestazioni, crea una sorta di alleanza terapeutica tra gli operatori, la persona assistita e la sua famiglia, si inserisce in un contesto di educazione sanitaria rivolta ai familiari, mira a rassicurarli sui problemi sanitari del loro congiunto e, nel contempo, anche attraverso l'acquisizione di tecniche di assistenza, ad aiutarli ad assisterlo a casa nel modo più appropriato.

In ragione dei bisogni dell'assistito non autosufficiente, l'U.V.M., prenderà in carico il soggetto potendo optare per uno dei percorsi appresso indicati:

- **strutture residenziali:**

- R.S.A.;
- case protette, case di riposo per non autosufficienti;
- comunità alloggio;
- ricovero temporaneo;

- **strutture semiresidenziali**

- centri diurni integrati;
- domiciliari integrati;

- **prestazioni domiciliari**

- A.D.I.;

La presa in carico

Gli attori del PUA hanno il compito di analizzare il bisogno espresso attraverso la segnalazione, fornendo la risposta, a seconda delle situazioni problematiche, semplice (l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali

che non richiedano una valutazione multidimensionale) o complessa (erogazione di prestazioni integrate socio-sanitarie che prevedono la valutazione multidimensionale ed il coinvolgimento dell'UVM).

Nel caso in cui il bisogno espresso dall'utente necessita di una risposta semplice, il PUA interviene segnalando al servizio competente la problematica anticipandone, ove possibile, la diretta presa di contatto dell'interessato. Il PUA completa il proprio intervento verificando l'avvenuta presa in carico da parte del servizio individuato a garanzia della continuità del percorso di cura prima avviato.

Nel caso in cui il bisogno espresso dall'utente segnalato necessita di una risposta complessa, il PUA, entro le 24 ore successive dalla segnalazione, contatta l'unità distrettuale cure domiciliari che disporrà la valutazione multidimensionale. In questo caso il percorso assistenziale segue il seguente iter:

- valutazione multidimensionale a cura dell'Unità di valutazione multidimensionale (UVM);
- individuazione del Case manager;
- redazione del PAI (Piano di assistenza individuale);
- gestione, realizzazione, monitoraggio e valutazione del progetto personalizzato;
- dimissione.

La valutazione multidimensionale riguarda le diverse dimensioni sanitarie-assistenziali-sociali del bisogno. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del PAI. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), con competenze multi-disciplinari in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui sono inscindibili i bisogni sanitari da quelli sociali.

La UVM svolge i seguenti compiti:

- effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare;
- elabora il PAI, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela e ne verifica l'andamento.

La valutazione multidimensionale dell'UVM deve avvalersi di uno strumento specifico, la scheda SVAMA, necessario per rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione.

IL Medico di Famiglia, che ha la responsabilità clinica del paziente ed al quale ci si deve rivolgere negli orari previsti (8.00-20.00 nei giorni feriali; 8.00-10.00 il sabato e i giorni prefestivi). Negli altri orari, per ogni eventuale necessità medica, si deve fare riferimento al Servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica). La presa in carico degli utenti si effettua dal lunedì al Venerdì e, di norma, entro le 48 ore dal recepimento della richiesta.

In sede di UVM viene individuato il **Case manager** o responsabile operativo del caso, colui che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona presa in carico. Il Case manager, specificatamente, ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale costruendo un dialogo costante con la persona assistita e/o la sua famiglia e coordinando gli atti di cura per una migliore efficacia/efficienza dell'intervento. In più, svolge una funzione di raccordo con gli altri operatori coinvolti nel percorso assistenziale domiciliare (equipe assistenziale) garantendone l'integrazione e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, al fine di evitare eventuali sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza.

In pratica il Case manager è colui che ha in mano il controllo della fase operativa delle cure domiciliari integrate, verificando chi fa che cosa, in che modo, con quale frequenza, in quanto tempo, ecc. Il responsabile

del caso o Case manager viene individuato dall'unità distrettuale cure domiciliari. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare. Va precisato che la responsabilità clinica del caso rimane al medico curante (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari), mentre la responsabilità del PAI è del Case manager il cui ruolo può essere assunto da figure professionali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente e può riguardare sia una figura sanitaria che sociale, in base al bisogno prevalente della persona e/o alle scelte organizzative emerse.

L'UVM concorda, in giorni prestabiliti della settimana, la sede opportuna per interpretare i dati raccolti nella scheda di valutazione ed elaborare il Piano di assistenza individuale (PAI). Nel caso in cui all'interno della scheda emergono dati riferiti ad aspetti sociali che richiedono un approfondimento, l'assistente sociale dell'ASP congiuntamente con l'assistente sociale referente per le cure domiciliari del servizio sociale professionale del comune deputata ad effettuare la valutazione di tali aspetti.

Il PAI deve prevedere:

- la durata presumibile del periodo di erogazione delle cure domiciliari (in base alla classificazione del caso tra le 3 tipologie di cura prevista dalla normativa di riferimento);
- gli interventi degli operatori sanitari, comprese le possibili ulteriori consulenze specialistiche;
- gli interventi a rilevanza sociale;
- la cadenza degli accessi del medico curante al domicilio del paziente;
- i momenti di verifica comune durante il periodo di erogazione delle prestazioni;
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento;
- le competenze e funzioni del referente familiare;
- la sottoscrizione dell'assistito e/o di un familiare.

Le segnalazioni vengono esaminate seguendo l'ordine cronologico di arrivo con diritto di precedenza per i pazienti terminali e/o in fase critica.

In caso di sospensione dell'assistenza, ad opera sia del medico curante che del Case manager, a causa di sopravvenuti motivi che ne impongono l'interruzione, va data comunicazione all'assistito e ai suoi familiari con preavviso di almeno 3 giorni, salvaguardando in ogni caso le esigenze socio-sanitarie del paziente anche attraverso interventi pubblici sostitutivi.

Il progetto personalizzato è comunicato in modo comprensibile ed appropriato all'assistito e ai suoi familiari e da essi approvato e sottoscritto. Con esso si conclude la fase preliminare della presa in carico del paziente. Qualora si renda necessario un cambiamento sostanziale del PAI, la modifica, ratificata dall'UVM, deve contemplare gli aspetti sorti, deve essere condivisa con gli altri operatori e correttamente comunicata al paziente. Resta confermata la procedura di conservazione del progetto personalizzato dell'assistito (proposta custodito presso la sede dell'UVM nel rispetto della normativa sulla privacy).

Cartella clinica domiciliare

L'Azienda ha predisposto il diario clinico domiciliare (cartella) che viene compilata dall'UVM al momento della presa in carico con obbligo di formale registrazione degli atti sanitari e della sua corretta compilazione in ogni voce prevista da parte di tutti gli operatori.

La presa in carico della persona assistita prevede l'apertura della cartella integrata, che dovrà seguire sempre il paziente, tranne situazioni particolari concordate con il Servizio, fino a chiusura dell'assistenza. Sulla base delle specifiche necessità del Paziente, è stilato un piano di intervento personalizzato che potrà di volta in volta prevedere

l'intervento a domicilio del MMG, di un Infermiere, di un Operatore Socio Sanitario, di un Fisioterapista, di un Medico Specialista o di altre figure professionali.

Tutta l'attività svolta al domicilio, è quindi descritta in modo completo e dettagliato nella cartella assistenziale. La pianificazione assistenziale infermieristica è contenuta nella cartella integrata conservata al domicilio del paziente. Tutte le cartelle chiuse devono pervenire nelle sedi dei DSB, che verranno archiviate nelle sedi territoriali sempre con il criterio della divisione tra pazienti vivi e deceduti.

Il diario clinico domiciliare deve essere custodito nel luogo di cura del paziente in ADI, anche per le verifiche, anche a campione, da parte del Personale dell'Azienda;

Nelle cartelle assistenziali dei pazienti deve comparire il numero del telefono di rete fissa delle varie sedi territoriali e deve essere specificato che è presente una segreteria telefonica attiva 24h (centrale operativa). Il telefonino di servizio dovrà essere lasciato esclusivamente dagli operatori ai pazienti in ed a qualunque altro paziente per il quale gli operatori stessi lo ritengano opportuno, indipendentemente dalla tipologia assistenziale. In caso di ricovero del paziente sarà possibile sospendere l'assistenza, evitando la chiusura definitiva, se la permanenza nella struttura non sarà superiore ai 10 giorni consecutivi e, in questo caso le cartelle possono essere conservate temporaneamente nelle sedi distrettuali. Le sospensioni vengono registrate sul SIAD sia la sospensione che la riammissione nel servizio del paziente.

Al termine dell'assistenza è necessario concordare con il medico di Famiglia la chiusura, registrandone la motivazione nel diario clinico. Prima dell'archiviazione, le cartelle dovranno essere viste dal medico del; sarà necessario registrare nelle note del SIAD l'archiviazione della cartella. L'operatore che riceve l'informazione del decesso è tenuto a registrare il dato in cartella assistenziale e nelle note del SIAD.

Sedi e recapiti delle Unità Valutativa Multidimensionale

UVM Distretto: AGRIGENTO TEL. 0922-407160 FAX 0922-407451

E-MAIL dsagrigento.uvm@aspag.it

UVM Distretto: CASTELTERMINI

TEL. 0922-929119 FAX 0922-929156

E-MAIL dscasteltermini.uvm@aspag.it

UVM Distretto: BIVONA

TEL. 0922-993021

FAX 0922-993047

E-MAIL dsbivona.uvm@aspag.it

UVM Distretto: SCIACCA

TEL. 0925-962688 FAX 0925-962681

E-MAIL dssciacca.uvm@aspag.it

UVM Distretto: RIBERA

TEL. 0925-532358

FAX 0925-562358

E-MAIL dsribera.uvm@aspag.it

UVM Distretto: CANICATTI'

TEL. 0922-733542

FAX 0922-733548

E-MAIL dscanicatti.uvm@aspag.it

UVM Distretto: LICATA
TEL. 0922-869657
FAX 0922-869683
E-MAIL dslicata.uvm@aspag.it

Erogazione del servizio

Considerato che, con deliberazione n.6724 del 09.10.2012 la Direzione Strategica a seguito di **PROCEDURA APERTA** ha affidato l'erogazione del servizio di cure domiciliari all'ATI SISIFO – OSA ed al fine di garantire in modo chiaro i passaggi organizzativi-burocratici necessari ad erogare il servizio di, prima dell'avvio del servizio, sono state redatte le procedure che prevedono:

Nuovo paziente e attivazione del servizio

- Ricezione della richiesta di Assistenza Domiciliare Integrata al PUA che la trasmetterà al responsabile Distrettuale delle cure domiciliari per le possibili decisioni sotto elencate:
 - ✓ archiviata perché non attinente il servizio;
 - ✓ accettata e valutata come attività prestazionale, viene inviata, previa autorizzazione sanitaria inviata alla centrale operativa;
 - ✓ accettata ed inviata all'UVM per la Valutazione Multidimensionale;
- Attivazione del responsabile distrettuale ADI, con successiva elaborazione del PAI (Piano assistenziale Individualizzato), e invio alla Centrale Operativa dell'ATI Sisifo –OSA (nella prima fase trasmissione a mezzo Fax (fino al mese di Febbraio 2015), successivamente con la informatizzazione del sistema on line;
- I PAI, compilati in modo chiaro e leggibile, dovranno recare timbro e firma del responsabile UVM;
- L'operatore individuato da parte dell'ATI, per ogni singolo caso,dovrà inserire nel frontespizio della cartella domiciliare nome, cognome , qualifica e riferimento telefonico;
- Come previsto dal capitolato e dal progetto, gli accessi dovranno essere documentati nella cartella domiciliare .

Proroga o variazione del PAI

- Le eventuali variazioni degli accessi degli operatori vanno richiesti dal MMG e PLS all'UVM che provvederà a modificare il PAI.
- Se la variazione avviene tramite la prescrizione del MMG sul diario clinico dell'assistito (Terapia farmacologica o altro), l'ATI invia un fax (Modulo Comunicazione ADI) al distretto interessato contenente la data esatta di richiesta di variazione del PAI , e la relativa motivazione (esempio modifica frequenza degli accessi) tale variazione diviene efficace dopo l'autorizzazione da parte del responsabile ADI distrettuale ;
- Le proroghe dovranno essere richieste dal MMG e PLS entro dieci giorni prima della scadenza del PAI.

Ricovero o sospensione del paziente

- In caso di ricovero i familiari o il MMG ne daranno comunicazione telefonicamente o a mezzo fax ai recapiti comunicati dall'ATI, qualora l'operatore dell'ATI recatosi al domicilio dell'interessato dovesse rilevare l'avvenuto recente ricovero, in mancanza di precedente comunicazione da parte del MMG o dei familiari , ne darà immediata comunicazione a mezzo fax al distretto' (Modulistica)
- **Ripresa in carico del paziente dopo un 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 che comporta l'attivazione dell'UVM da parte del P.O;
- L'ATI effettua tutte le procedure descritte nell'area "nuovo paziente e attivazione del servizio" .

Decesso del paziente

- La procedura da porre in essere è sovrapponibile a quella descritta per i casi di ricovero o sospensione

Reperibilità

- La reperibilità va garantita in tutti i distretti secondo quanto previsto dal CSA e dal progetto presentato dall'ATI Sisifo-OSA che fa parte integrante del contratto;
- Il piano di reperibilità dovranno essere comunicato dall'ATI al servizio Aziendale di Cure domiciliari cinque giorni prima di inizio del mese.

Fatturazione

- La rendicontazione degli accessi dovrà rispettare quanto previsto dal capitolato tecnico all'art. 5 pagine 14 e 15;
- Gli accessi non devono superare il numero previsto per ogni PAI ;
- L'ATI si farà carico di consegnare con cadenza quindicinale le schede degli accessi che debbono essere compilate in modo corretto ed esaustivo coerentemente con le prescrizioni contenute nel PAI.
- Qualsiasi discrepanza tra prestazioni previste nel PAI e quelle effettuate dovranno essere inviate al Direttore del Distretto Sanitario di Base di appartenenza per la valutazione di merito.

Elaborazione dati statistici e Flussi

- Il responsabile di centrale svilupperà la statistica elaborata dal software;
- Il responsabile di centrale entro la prima settimana del mese elaborerà ed invierà i flussi ministeriali e li invierà al referente dell'ASP di Agrigento;
- L'ATI si farà carico di inviare con regolare cadenza mensile ed inoltre ogni qual volta venga richiesto i seguenti dati:

1. numero pazienti totali presi in carico con relativa età e diagnosi di ammissione, di cui: **a)** numero pazienti > 65 anni **b)** numero pazienti < 65 anni **c)** pazienti terminali presi in carico come terzo livello, divisi per minori di 65 anni e maggiori di 65 anni;
2. numero interventi infermieri, di cui: **a)** numero pazienti > 65 anni **b)** numero pazienti < 65 anni **c)** pazienti terminali presi in carico come terzo livello;
3. numero interventi fisioterapisti e altre figure di professionisti della riabilitazione, di cui: **a)** numero pazienti > 65 anni **b)** numero pazienti < 65 anni **c)** pazienti terminali presi in carico come terzo livello;
4. numero interventi OSS di cui: a) numero pazienti > 65 anni b) numero pazienti < 65 anni c) pazienti terminali presi in carico come terzo livello pazienti terminali;
5. numero interventi Psicologi a) numero pazienti > 65 anni b) numero pazienti < 65 anni c) pazienti terminali presi in carico come terzo livello;
6. Numero interventi specialisti divisi per branca;
7. Numero interventi oncologi;
8. Numero interventi palliativisti per pazienti terminali presi in carico come terzo livello;
9. Numero interventi dietisti;
10. numero totale giornate di assistenza per tutti i pazienti A.D.I. (C d A) sono le giornate in cui, almeno un operatore, si è recato a domicilio del paziente; qualora gli interventi nella stessa giornata dovessero essere più di uno, la giornata di assistenza verrà considerata **sempre una**, di cui: **a)** numero totale giornate di assistenza per pazienti > 65 anni **b)** numero totale giornate di assistenza per pazienti < 65 anni **c)** numero totale giornate di assistenza per pazienti terminali;
11. numero totale di giornate di presa in carico di tutti i pazienti (per presa in carico (C d C) s'intende il numero di giorni che il paziente resta in A.D.I., dall'ammissione alla dimissione) di cui : **a)** numero totale giornate di presa in carico per pazienti > 65 anni **b)** numero totale giornate di presa in carico per pazienti < 65 anni **c)** numero totale giornate di presa in carico per pazienti terminali;

12. spesa separata per malati terminali presi in carico come terzo livello;
13. numero dei casi dei pazienti presi in carico per singolo comune.

L'ASP si riserva di rimodulare all'occorrenza le procedure sopra descritte .

Informatizzazione

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento si è recentemente dotata di un software per la pubblicazione on-line della Carta dei Servizi e per la gestione delle procedure Sociosanitarie riferite a PUA (Punti unici di Accesso) e dimissioni ospedaliere protette e facilitate, anche attraverso la gestione dei Progetti Personalizzati e Piani Assistenziali associati alla compilazione on-line della Scala di Valutazione Multidisciplinare S.Va.M.A. attività che permettono la presa in carico dei pazienti presso il luogo di cura.

Attraverso l'applicativo attualmente disponibile è stato quindi possibile dotare gli Operatori incaricati delle varie fasi dei percorsi Domiciliari, Residenziali ed Ambulatoriali di credenziali di accesso dotate di livelli autorizzativi diversificati, allo scopo di consentire un'efficace front-office con il cittadino sia a livello informativo che di orientamento ai servizi, di segnalare eventuali richieste agli uffici competenti per mansioni o territorio, di convocare l'Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M.) consentendo l'accesso differenziato alle parti di competenza della scheda S.Va.M.A., l'interfacciamento ai software ospedalieri al fine di consentire la corretta trasmissione dei dati per la dimissione protetta e/o facilitata, nonché la predisposizione di Progetti Personalizzati o Piani Assistenziali indicanti gli obiettivi nel periodo, gli interventi previsti al fine del raggiungimento di tali obiettivi, le prestazioni suggerite.

Caratteristiche del software

Assistenza Domiciliare Integrata

La fruibilità via web/intranet dell'applicativo garantiscono la centralità e la sicurezza dei dati, permettendo di avere in tempo reale un quadro completo della situazione di un paziente. L'organizzazione modulare dell'applicativo permette di comporre le funzioni secondo le specifiche esigenze. L'infrastruttura, basata su un framework sviluppato da Progetti di Impresa, garantisce facilità di utilizzo, sicurezza dei dati ed un elevato grado di personalizzazione delle visualizzazioni di dati, della loro struttura e delle autorizzazioni alle quali i dati stessi devono essere sottoposti. Il sistema è integrabile con applicativi di telemedicina, teleconsulto e telesoccorso.

La profilazione degli utenti permette di agire a diversi livelli, a partire dalla visualizzazione o meno di determinate funzionalità sino ad arrivare alla granularità massima, ovvero a livello di singolo campo.

I client che utilizzano l'applicativo non richiedono l'installazione di alcun componente. E' sufficiente un qualsiasi browser per poter utilizzare il software, essendo l'applicativo cross-browser. Questo garantisce estrema flessibilità di utilizzo da qualsiasi piattaforma.

Architettura dell'applicativo

L'applicativo si suddivide in due principali sezioni: il Front End ed il Back Office.

Il Backoffice

La parte di backoffice è una sezione accessibile solamente agli utenti amministratori. Tramite backoffice è possibile svolgere le funzioni di configurazione e modellazione dell'applicativo, come ad esempio:

- Gestione utenti
- Gestione gruppi di utenti
- Gestione autorizzazioni alle pagine
- Gestione autorizzazioni alle funzioni
- Gestione tabelle e struttura delle stesse
- Gestione dei campi visibili nei form, nelle ricerche e nelle tabelle dei risultati
- Gestione dei valori nelle tendine (campi elenco)
- Gestione tabs e modellazioni

Questa sezione permette di gestire tutte le configurazioni di carattere generale e che tipicamente non sono di frequente utilizzo. Tutte le funzionalità di uso quotidiano sono inserite e opportunamente riservate agli utenti amministratori nella sezione di FrontEnd, per un più rapido accesso.

Il Front End

L'accesso al frontend avviene tramite username e password, tramite protocollo HTTPS, per garantire la sicurezza dei dati. L'identificazione dell'utente restringe le funzionalità del software stesso alle sole autorizzate per quel profilo, permettendo accessi da parte di diverse figure dell'organizzazione, ognuna con diversi ruoli.

Tramite la configurazione delle autorizzazioni è possibile spingersi a livelli di personalizzazione elevata, a seconda del profilo dell'utilizzatore (si veda la sezione "autorizzazioni" per maggiori dettagli).

L'applicativo, in tutte le sue parti, gestisce inoltre:

- la tracciabilità delle operazioni, riconducendole all'utente e alla data in cui queste sono state effettuate
- mantenimento di n versioni dei singoli record (Versioning) con possibilità di ripristino di una versione precedente. Il numero di versioni è configurabile secondo le esigenze
- concorrenza di accesso ai record: essendo un software multiutente l'infrastruttura garantisce il blocco dei record in modifica (Record Locking) per evitare perdite di dati dovute a due utenti che accedono allo stesso record contemporaneamente.
- singolo accesso per utente: questa caratteristica, strettamente connessa alla tracciabilità delle modifiche, garantisce che non vengano effettuati più accessi contemporanei con lo stesso username.
- meccanismo intelligente di mantenimento della sessione di lavoro (KeepAlive) in modo da non dover effettuare nuovamente il login dopo lunghe pause nell'utilizzo, handicap tipico delle comuni applicazioni in ambiente web.
- meccanismo di avvertimento in caso di modifiche non salvate (Data Saving Alert): avverte l'utente nel caso siano apportate modifiche ai dati e non sia stato premuto il tasto salva prima di lasciare la pagina, evitando di perdere il lavoro svolto.

I moduli dell'applicativo

L'applicativo è strutturato a moduli, strettamente integrati tra loro, attivabili separatamente per modellare il software alle esigenze del cliente. Ogni singolo modulo si occupa di gestire verticalmente la parte del flusso ADI che gli compete, pur mantenendo collegamenti con gli altri moduli del sistema per garantire il rispetto dei vincoli di integrità incrociata dei dati inseriti a sistema (si veda il paragrafo "controlli" per maggiori dettagli). La modularità del software è in stretta correlazione con il motore di gestione delle autorizzazioni, tramite il quale è possibile configurare la visibilità/utilizzo di ogni singolo modulo e di ogni sua singola parte a seconda del profilo attribuito all'utilizzatore (si veda il paragrafo "autorizzazioni" per maggiori dettagli).

Tutti i moduli che gestiscono l'accesso ai dati comprendono, oltre alle funzioni proprietarie, una funzionalità di ricerca all'interno dell'archivio, con possibilità di configurare i campi filtro (tramite backoffice) e i campi visualizzabili nella tabella dei risultati. Dal risultato della ricerca è possibile accedere al dato per eseguire modifiche o inserire nuovi dati.

Grazie alla flessibilità del sistema risulta estremamente facile e veloce estendere o modificare i campi del form di dettaglio, operazione fattibile direttamente online da un amministratore, tramite opportuna funzione del backoffice.

Altra funzionalità trasversale e presente in tutti i moduli è la possibilità di esportare in Excel i risultati di una ricerca sull'archivio, per l'analisi dei dati. Dal backoffice è possibile esportare questi dati anche in altri formati, quali Access, Word, XML, RSS e HTML.

I moduli dell'applicativo possono essere raggruppati in quattro macro-categorie:

- Moduli anagrafici
- Moduli operativi
- Moduli di sistema
- Moduli di reportistica/analisi

Di seguito una breve descrizione delle funzionalità principali di ogni singolo modulo.

Modulo anagrafica operatori (modulo anagrafico)

Il modulo anagrafica operatori gestisce le anagrafiche degli operatori (persone che erogano fisicamente il servizio, quali ad esempio infermieri, terapisti, ecc.) coinvolti nel sistema.

Modulo gestione cartelle (modulo operativo)

Il modulo di gestione delle cartelle permette di avere una visione complessiva delle cartelle assistiti presenti a sistema e di accedere al dettaglio di tutti i casi in carico. La gestione avviene direttamente sull'archivio delle cartelle (a differenza di quanto accadeva nell'modulo di anagrafica assistiti in cui erano visibili solo le cartelle di quel determinato assistito) visualizzando tutte le cartelle a cui l'utilizzatore ha diritto di accedere in base alle autorizzazioni conferite dal suo ruolo. Le funzioni di ricerca, che come già detto sono presenti in tutti i moduli, permettono di filtrare i dati e di raggiungere rapidamente le informazioni cercate.

Modulo elenco PAI in attesa di autorizzazione (modulo operativo)

Questo modulo permette la visione e l'accesso rapido ai PAI che devono essere autorizzati dall'ASP prima di proseguire con i trattamenti. Il suo utilizzo è tipicamente riservato a particolari figure all'interno dell'ASP, come ad esempio il medico di distretto.

Modulo esportazioni (modulo statistico)

Questo modulo permette di estrarre in Excel diverse informazioni dal sistema (estrazione di dati circa le varie combinazioni paziente-patologia-prestazioni secondo modalità predefinite dall'aggiudicatario e secondo ulteriori richieste della ASP) per un'analisi statistica da parte dell'ASP.

Modulo stampe (modulo reportistica)

Questo modulo permette di effettuare diverse estrazioni/stampe a partire dai dati inseriti a sistema. Si avvale di un motore di business intelligence di nome BIRT (Business Intelligence Reporting Tool) che rende visualizzabili in anteprima i report, con la possibilità di rivedere i parametri in ingresso e stampare i risultati.

Le stampe native nel modulo sono le seguenti, ferma restando la possibilità di modificarle o integrarle con altre, come ad esempio i costi medi/annui per diverse classificazioni da definire ad inizio servizio:

- Analisi numero utenti in carico
- Analisi costo annuo per pazienti in carico
- Analisi numero assistiti per MMG/PLS
- Analisi prese in carico
- Analisi tempi di attesa
- Analisi patologie in base alla classificazione ICD-9-CM
- Analisi accessi domiciliari, eseguiti nei giorni feriali ed eseguiti al sabato, prefestivi e festivi
- Analisi profili di cura personalizzati nel periodo
- Analisi utenti per tipologia paziente nel periodo
- Analisi numero dei PAI con prestazioni riabilitative/infermieristiche/miste nel periodo
- Analisi utenti minori nel periodo
- Analisi utenti non presi in carico nel periodo
- Analisi utenti che hanno cambiato il pattante
- Analisi frequenza degli accessi settimanali
- Analisi numero di accessi previsti/erogati
- Analisi assistiti per medico
- Analisi accessi del medico

- Analisi prestazioni infermieristiche per gruppo
- Analisi prestazioni infermieristiche per operatore
- Analisi scadenza cartelle cliniche

Modulo flussi informativi (modulo sistema)

Questo modulo si occupa di gestire i flussi per la rendicontazione richiesta dalla Regione Sicilia (come da Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana del 20-05-2010). Vengono gestiti tutti i flussi di dati, come richiesto dalle specifiche sopra citate, con possibilità di selezionare il periodo da estrarre e rendicontare.

In oltre l'applicativo prevede l'estrazione dei dati relativi all'assistenza domiciliare previsti dal Modello FLS21 (Quadro H) al fine di ovviare all'obbligo di compilazione e trasmissione a carico delle Aziende Sanitarie Provinciali come previsto dalla normativa regionale.

Modulo budget (modulo anagrafico / sistema)

Questo modulo si occupa di gestire la definizione dei budget su cui si possono appoggiare gli altri moduli che hanno qualche inerenza economica.

Modulo autorizzazioni (modulo sistema)

Questo modulo si occupa di gestire i diversi livelli di autorizzazione che la flessibilità del sistema garantisce. Le funzioni principali di questo modulo sono le seguenti:

- Gestione utenti (intesi come utilizzatori del sistema, cioè che accedono con username e password)
- Gestione dei gruppi di utenti, con possibilità per singolo utente di configurare livelli di autorizzazione "forzati" rispetto a quanto ereditato dal gruppo di appartenenza
- Gestione autorizzazione alle funzioni: per ogni archivio è possibile definire se l'utente/i o il gruppo/i possono accedere in visualizzazione, in modifica, se possono o meno eliminare record ed inserirne di nuovi. Inoltre è possibile definire le autorizzazioni per le funzioni "ad hoc" del singolo modulo a cui ci stiamo riferendo, abilitando e configurando la modalità di accesso alle stesse per quell'utente/gruppo.

Questo primo livello di autorizzazioni garantisce la sicurezza di accesso ai dati, consentendo di avere un controllo puntuale su chi può modificare i dati nel sistema. I livelli autorizzativi riguardano ogni funzione/dato del sistema, senza nessuna esclusione. Un ulteriore livello di autorizzazioni garantisce il rispetto della privacy e l'accesso alle varie parti di un singolo modulo (si veda la descrizione del "modulo di autorizzazione ai tabs" per maggiori dettagli su questo aspetto).

La cartella socio-sanitaria

La cartella socio-sanitaria dell'assistito è il fulcro intorno al quale ruotano gli altri aspetti che caratterizzano il flusso operativo dell'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata. La cartella racchiude tutti gli aspetti che è necessario tracciare dalla prescrizione del medico alla dimissione del paziente. Ogni singola fase del percorso di assistenza del paziente è gestito in un apposito tab, permettendo quindi un accesso selettivo ai dati da parte di tutti gli attori coinvolti (medici di base, unità di valutazione, medici autorizzatori, operatori dell'ente erogatore, operatori amministrativi). Inoltre, la visibilità di alcuni tabs è correlata alla particolare modalità di cura selezionata per la cartella.

La prescrizione

La prescrizione è il punto di avvio del percorso di assistenza. Questa sezione permette di raccogliere tutte le informazioni necessarie alla configurazione di un percorso di cura adeguato al paziente, in particolare:

- Anamnesi
- Diagnosi descrittiva
- Diagnosi primaria e concomitanti ICD9-CM (con ricerca nell'archivio ufficiale)
- Tipologia di intervento prescritto
- Tipologia paziente

Le scelte effettuate in questa maschera permettono alla cartella di configurarsi, visualizzando solamente le informazioni pertinenti al contesto selezionato. Sostanzialmente si delineano due percorsi differenti: cure continuative (credit e voucher) e cure estemporanee.

La prima valutazione

Il tab di gestione della prima valutazione permette di raccogliere le informazioni riguardanti la data della valutazione stessa, di modificare eventualmente le diagnosi indicate nella prescrizione.

Il software gestisce nativamente vari indici di valutazione multidimensionale tra cui quelli relativi alla scheda SVAMA per la determinazione dei bisogni sanitari e sociali emersi dalla valutazione dalla UVM.

Il PAI

Il tab di gestione del PAI comprende un elenco di tutti i PAI stilati per il paziente relativamente alla prescrizione in oggetto. Ogni PAI è suddiviso internamente nelle seguenti sotto-sezioni:

- valutazione: bisogni socio sanitari e indici di valutazione (es: scheda SVAMA)
- definizione degli estremi del PAI: durata (data inizio e fine), livello e intensità dell'assistenza;
- piano assistenziale: definizione delle prestazioni da erogare al domicilio con possibilità di definire la frequenza oppure la data prevista di erogazione (tra le prestazioni erogabili il software permette di gestire anche quelle di supporto assistenziale familiare);
- consuntivo degli accessi degli operatori in servizio e dei Medici sia di base che specialisti (prestazioni e durata intervento): possibilità di consultare, inserire, modificare o eliminare gli accessi a seconda del livello di autorizzazione.

Valutazione del PAI

La valutazione del PAI coincide con la prima valutazione (nel caso di primo PAI della cartella) o con la rivalutazione periodica effettuata per scadenza dei termini o per mutamento sostanziale delle condizioni cliniche del paziente..

Definizione degli estremi del PAI

Il dettaglio del PAI raccoglie informazioni sulla data inizio e scadenza del PAI stesso, sul livello, intensità scopo delle cure. E' inoltre presente una sezione riservata agli operatori autorizzatori dell'ASP per "sbloccare" il PAI autorizzandolo, qualora il sistema sia configurato per richiedere l'autorizzazione.

Piano assistenziale

Il piano assistenziale consiste in un elenco delle prestazioni previste per il paziente, con il dettaglio dei giorni ed orari in cui queste prestazioni saranno svolte, della quantità totale e della frequenza delle stesse. Questa maschera interattiva è disponibile sia per le cure continuative che per le estemporanee.

Accessi a consuntivo

Possibilità di consultare, inserire, modificare ed eliminare gli accessi domiciliari rendicontati da parte degli operatori (infermieri, terapisti, ecc.) e dei medici. Il sistema guida l'inserimento riducendo le scelte possibili alle sole compatibili con quanto specificato nel piano assistenziale, all'operatore coinvolto e alle date.

Le sospensioni

Il tab di gestione delle sospensioni permette di inserire a sistema uno o più periodi in cui l'erogazione del servizio viene interrotta a causa ad esempio del ricovero temporaneo del paziente in ospedale. Durante questo periodo è bloccata l'attività di inserimento accessi al domicilio, in quanto non possibile (questo evita errori di inserimento, impedendo di inserire accessi con data che ricade in un periodo di sospensione del titolo). Questo tab è disponibile solamente nel caso di cure continuative.

Gli accessi della cartella

Il tab di gestione degli accessi a livello di cartella sono utilizzati sia dai medici di base (per l'inserimento delle visite domiciliari) sia dagli operatori degli enti erogatori (solamente nel caso di estemporanee, per indicare le prestazioni eseguite). Il sistema tiene traccia della data, dell'operatore e delle prestazioni eseguite. Numerosi meccanismi di controllo impediscono l'inserimento di informazioni palesemente errate, guidando l'utente e restringendo le opzioni selezionabili alle sole contestualmente corrette. Questo tab è disponibile sia per le cure continuative che per le estemporanee.

I controlli di appropriatezza ASP

Il tab di gestione dei controlli ASP permette di tracciare tutti i controlli periodici che l'ASP effettua sulla correttezza formale delle informazioni inserite dagli enti erogatori. Sono previsti diversi parametri di valutazione che riguardano in particolare:

- Requisiti di appropriatezza
- Appropriately di target
- Appropriately della classificazione
- Appropriately del PAI
- Qualità assistenziale

Questo tab è disponibile sia per le cure continuative che per le estemporanee.

Dimissione

Il tab di gestione della dimissione raccoglie informazioni sulla data e il motivo di dimissione, sul raggiungimento dell'obiettivo assistenziale prefissato e sull'esito del ciclo di cure. Questo tab è disponibile solo per le cure continuative.

Controlli di sistema e automatismi

Il software, nel suo complesso, comprende numerosi controlli di correttezza dei dati inseriti, sia a livello di singola informazione (es. date) sia a livello logico, incrociando le informazioni

in fase di inserimento con quelle già presenti a sistema, per evitare l'insorgere di situazioni incongruenti. In caso di incongruenza l'operatore viene bloccato ed avvertito del motivo per il quale non è possibile proseguire, in modo che possa intervenire per sistemare il dato. Alcuni esempi dei controlli principali inclusi nel sistema sono i seguenti:

- Coerenza tra le date di prescrizione, presa in carico, valutazione, PAI e dimissione.
- Durata massima del PAI
- Accessi effettuati in date compatibili con il PAI di riferimento, con le prestazioni previste, con la qualifica dell'operatore che esegue l'accesso.
- Accessi bloccati durante periodi di sospensione
- Sospensioni non sovrapposte cronologicamente
- PAI non sovrapposti cronologicamente
- Prese in carico non sovrapposte cronologicamente
- Vincoli sull'erogazioni di prestazioni in base ad altri percorsi di cura in atto, dello stesso ente

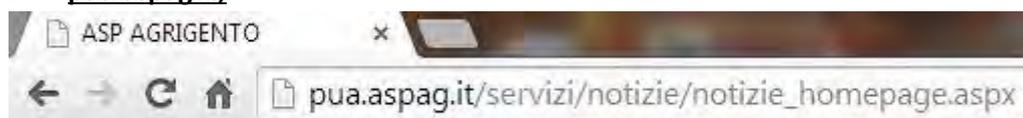
Questi controlli sono disabilitabili temporaneamente per gli amministratori di sistema, per gestire situazioni particolari o casi in cui sia voluta la violazione di qualche limitazione imposta dall'ASP.

Per l'utilizzo dell'applicativo sono stati svolti diversi percorsi formativi sia a livello Aziendale con incontri formativi e di confronto con i vari operatori sia a livello distrettuale, parallelamente sono state redatte delle linee guida per l'inserimento dei pazienti nel sistema trasmesse a tutti gli operatori che di seguito vengono inserite come allegati.

(allegato Linea Guida Inserimento nel sistema informatico)

Di seguito vengono illustrate le procedure inviate ai DD.SS.BB. per l'inserimento dei PAI e delle rivalutazioni finalizzate alla costruzione della cartella socio sanitaria ed alla redazione del flussi SIAD:

- Accedi al Link: pua.aspag.it;

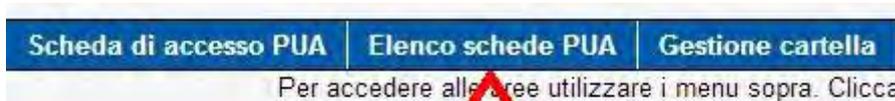


- Vai su Area Riservata, Inserisci le tue credenziali d'accesso ed entra;



- Clicca SU [ACCEDI alla gestione del PUA - Punto Unico di Accesso](#)

- Clicca su **ELENCO SCHEDE PUA** per andare a cercare il paziente su cui caricare il Progetto;



- E' consigliabile inserire il **Codice Fiscale**, oppure i suoi dati anagrafici: Nome, Cognome... cerca; **N.B. TUTTI I CAMPI CHE SARANNO CONTRASSEGNAI CON * SONO CAMPI OBBLIGATORI.**

Nome

Cognome

Codice Fiscale



- **(CASO 1.) In mancanza della cartella Socio Sanitaria,**
Clicca sulla matita per accedere alla scheda registrata dall'operatore di Sportello;

Stampa Segn.	M	Stampa Dim.	Data di Inserimento	Nome	Cognome	Codice Fiscale	Data accesso	Codice scheda
			01/04/2014	GUSTAVO	LAPIZZA	LPZGTV50D01B315P	01/04/2014	955.S.26

- Clicca su **ANAGRAFICA** e compila il più possibile i dati mancanti; **Salva**;
- Clicca su **CARTELLA SOCIO-SANITARIA**; ci comparirà una schermata dove andremo a riportare **OBBLIGATORIAMENTE: NOME DEL FAMILIARE E NUMERO DI TELEFONO DEL FAMILIARE; SALVA**;

Anagrafica **Cartella socio-sanitaria**

CODICE CARTELLA C8A1E199

Nome familiare

Telefono familiare

SALVA

- Clicca su Inserisci un Nuovo Progetto;
- [Inserisci un nuovo progetto](#)
- Sarai Reindirizzato Automaticamente all'interno delle Schermate della Cartella Socio-Sanitaria; ***Vai alla Lettera A**; Inizio Processo Inserimento PAI;

➤ **(Caso 2.) In Presenza della Cartella Socio-Sanitaria;**

Ci comparirà (in basso) il quadro compilato dall'operatore di Sportello PUA, Clicca sulla Matita;

Stampa Segn.	M	Stampa Dim.	Data di Inserimento	Nome	Cognome	Codice Fiscale	Data accesso	Codice scheda
			01/04/2014	GUSTAVO	LAPIZZA	LPZGTV50D01B315P	01/04/2014	955.S.26

- Clicca su **ANAGRAFICA** e compila il più possibile i dati mancanti; **Salva**;
- Clicca su **Cartella Socio-Sanitaria**;
- Scegli il Progetto su cui operare e clicca sulla matita per accedere alle schermate;

M	Codice progetto	Aree interessate	Inizio progetto	Conclusione/scadenza
	3BE015EB/74	2. Paziente non-autosufficiente	30/05/2014	29/06/2014

***A)** Clicca su **VALUTAZIONE PAI**;

Valutazione SVAMA	Valutazione PAI	Descrizione progetto	Piano assistenziale	Sospensioni PAI	Verifiche periodiche
-------------------	------------------------	----------------------	---------------------	-----------------	----------------------

- Clicca su Inserisci Nuovo;

| Inserisci nuovo | Torna alla Cartella Socio-Sanitaria

- Compila tutti i campi: DIAGNOSI, Data di Valutazione (data in cui equipe UVM ha valutato il paziente);
- **PATOLOGIA PRINCIPALE** (andiamo a cercarla nella parte destra dove compare la scritta "Trova...", inserisci il codice dell'**ICD9**, ti comparirà la patologia, la selezioni con un click e premi su **SELEZIONA**;

Patologia principale *	Scegli dal menù a fianco le voci da selezionare	250.00	
		Cerca...	
		250.00 - DIABETE MELLITO, TIPO II O N -	

- Stesso discorso per l'inserimento delle Patologie Concomitanti;

- Compila il resto dei Menù a Tendina e **SALVA**.

- Clicca su **PIANO ASSISTENZIALE**;

- Inserisci un Intervento;

- **Per Ogni Operatore coinvolto nel Progetto andremo ad inserire un Intervento;** (esempio: se all'interno del progetto, le figure coinvolte sono: M.M.G., Fisioterapista e Infermiere, per ognuno di loro, dovremmo inserire l'Intervento che gli Riguarda, completando tutti i Menù, I Giorni Settimanali in cui andranno ad eseguire l'intervento e le Prestazioni Previste); **Salva**.

- Clicca su **VALUTAZIONE SVAMA**;

- Completa tutti i campi, compila i Menù a tendina che ti compariranno all'interno della stessa, partendo dalla **Valutazione Cognitiva e Funzionale**;

- Completa tutti i Menù che trovi all'interno della Valutazione SVAMA (**Valutazione Sanitaria, Valutazione Sociale (se vi è coinvolto L'Ass. Sociale), VERBALE UOD e per Ultimo la Valutazione UOD**); **Salva**.

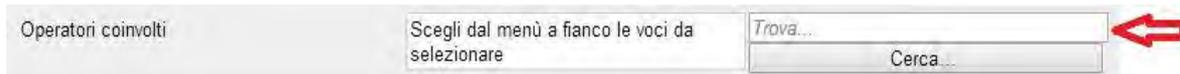
- Dopo aver completato tutti i campi all'interno della VALUTAZIONE SVAMA, andremo a calcolare il **PROFILO DELL'AUTONOMIA** (all'interno della VALUTAZIONE UOD, sempre nel Menù VALUTAZIONE SVAMA); **Salva**.

- Clicca su **DESCRIZIONE PROGETTO**;



- Compila i campi partendo da: **INIZIO PROGETTO** (data in cui è stata effettuata la valutazione del paziente); **CONCLUSIONE/SCADENZA** (giorni assegnati dall'Unità di Valutazione per la durata del PAI); Responsabile Clinico, Case Manager;

- Per selezionare gli operatori coinvolti nel progetto, clicca a destra su "trova..."



- inserisci i dati anagrafici dell'operatore da cercare e clicca su cerca.... Ti comparirà il nome dell'operatore, lo selezioni con un click e premi su SELEZIONA;

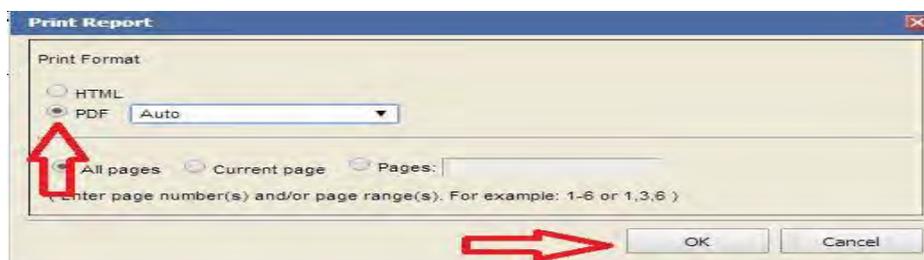
- Compila il resto dei quadri... (Se ci Sono altri Operatori Coinvolti: Esempio: M.M.G. o Fisioterapista, Logopedista... etc.), Descrizione del Progetto (Sintesi sulla Patologia del Paziente), Obiettivi (In riferimento alla patologia del paziente, Esempio: Recupero Funzionale, Guarigione... etc.), assegna il Profilo di cura in base agli accessi da effettuare, inserisci la Modalità di verifica, Frequenza di Verifica e se ci sono Documenti da Allegare al Progetto. **Salva.**

- Clicca su [Stampa PAI](#), si aprirà un'altra pagina;

- Clicca sull'icona della Stampante;



- Scegli la voce **PDF** e clicchi su OK.



- **FINE.**

Linea Guida Inserimento Proroga, Rivalutazione e Variazione PAI

- Accedi al Link: pua.aspag.it;



- Vai su Area Riservata, Inserisci le tue credenziali d'accesso ed entra;

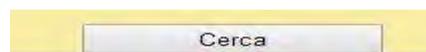


- Clicca SU [ACCEDI alla gestione del PUA - Punto Unico di Accesso](#)

- Clicca su **GESTIONE CARTELLA** per andare a cercare la cartella socio-sanitaria del paziente su cui andremo ad inserire la **Proroga/Rivalutazione/Variazione PAI**;



- E' consigliabile inserire il **Codice Fiscale**, oppure i suoi dati anagrafici: Nome, Cognome... cerca;



- Clicca sulla matita per accedere all'interno della Cartella abbinata al progetto;

M	Cognome	Nome	Codice Fiscale	Data Nascita	Data di Inserimento	Codice cartella
	LAPIZZA	VITTORIO	LPZVTR60H21C933F	21/06/1960	21/11/2014	8C323DF3



- Scegli il Progetto su cui operare e clicca sulla matita per accedere alle schermate;

M	Codice progetto	Arete interessate	Inizio progetto	Conclusione/scadenza
	3BE015EB/74	2. Paziente non-autosufficiente	30/05/2014	29/06/2014



Clicca su **VALUTAZIONE PAI**;



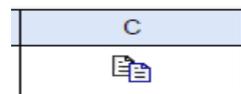
- In base alla Nuova Valutazione effettuata, Deciderai se: **Confermare o Modificare la Valutazione Precedente**;

Data di valutazione dal al

V	M	C	Data di Inserimento	Data di valutazione
<input checked="" type="checkbox"/>			21/11/2014	21/11/2014



- Cliccando su **CONFERMA** sarai indirizzato all'interno della schermata della **Valutazione** precedentemente effettuata con le due sole possibilità di inserimento: Motivo Rivalutazione e Data Valutazione. Dopo aver effettuato l'inserimento clicca su **SALVA**, in automatico il sistema andrà a crearci la nuova riga di **VALUTAZIONE**.



- Se le condizioni del paziente sono variate, andrai a cliccare su **COPIA** sarai indirizzato all'interno della schermata della **Valutazione** precedentemente effettuata con la possibilità di interagire e/o modificare i campi. Dopo aver effettuato l'inserimento clicca su **SALVA**, in automatico il sistema andrà a crearci la nuova riga di **VALUTAZIONE**.

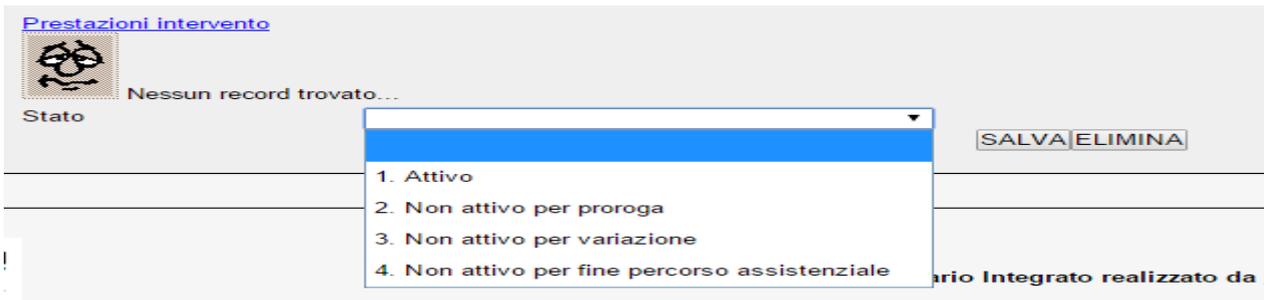
- Clicca su **PIANO ASSISTENZIALE**;



Clicca sulla matita per selezionare e/o esitare il piano assistenziale da sostituire;

M	Titolo della proposta	Data prevista di primo accesso	Data prevista ultimo accesso	Area di intervento	Tipologia/Ambito di intervento	Accessi previsti	Durata (in giorni)	Frequenza accessi	Stato	N° accessi previsti
	3. Interventi domiciliari	15/12/2014	12/02/2015	2. Paziente non-autosufficiente	3. Interventi domiciliari		60,00	Settimanale		26
	prova	21/11/2014	21/11/2014	2. Paziente non-autosufficiente	3. Interventi domiciliari		1,00	Settimanale	7. Proroga	0
	3. Interventi domiciliari	21/11/2014	21/11/2014	2. Paziente non-autosufficiente	3. Interventi domiciliari		1,00	Settimanale		0

- All'interno del Piano assistenziale da sostituire, dovrai esitare lo stato cliccando sulla tendina in basso a sinistra: "STATO" selezionando una delle quattro opzioni possibili; quindi **SALVA**.



Inserisci le figure coinvolte all'interno della Proroga/Rivalutazione cliccando su **Inserisci un intervento**.

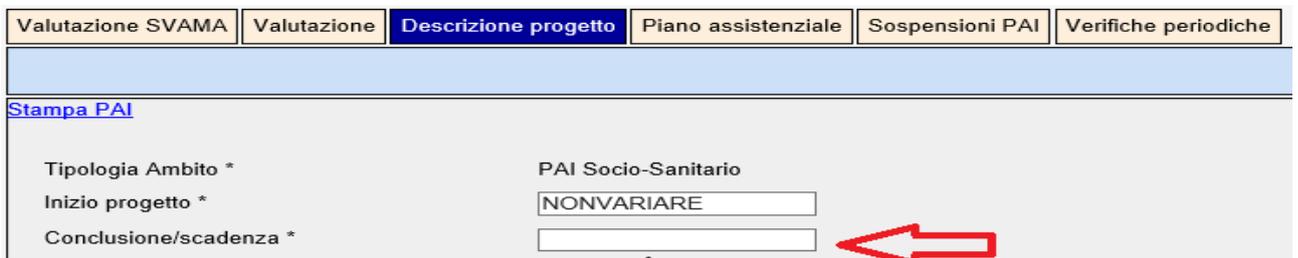


- Per Ogni Tipologia di Operatore (Infermiere... Oss... Fisioterapista... etc...) coinvolto nella Proroga/Rivalutazione andremo ad inserire un Intervento, completando tutti i campi, (data prevista di primo accesso, data prevista ultimo accesso, i Giorni Settimanali in cui andranno ad eseguire l'intervento e le Prestazioni Previste); Quindi **Salva**.

- Clicca su **DESCRIZIONE PROGETTO**

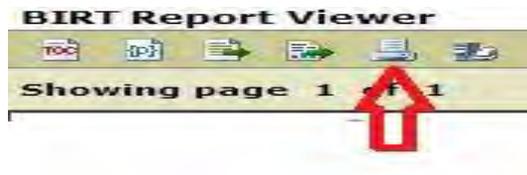


- Modifica la data di Conclusione/Scadenza Progetto, aggiornandola alla data fine dell'ultima Proroga; **SALVA**.

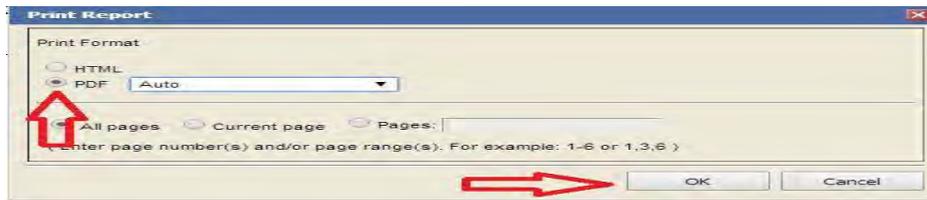


- Clicca su [Stampa PAI](#), si aprirà un'altra pagina con la stampa della Proroga/Rivalutazione contenente i soli piani assistenziali con "STATO ATTIVO";

- Clicca sull'icona della Stampante;



- Scegli la voce **PDF** e clicchi su OK.



- **FINE.**

Distretto di

Dati dell'utente

Cognome e Nome	Codice Fiscale
Nato a	Il
Domiciliato a	Via
Numero di Telefono	Familiare
Medico di Medicina Generale	Tel. Accessi previsti n.sett.

Dati Valutazione

Data della Valutazione	Profilo di Cura	Durata gg
Patologia Prevalente		ICD9CM
Patologia Concomitante		ICD9CM

Descrizione Progetto	
Obiettivo	

MODALITA' DI REALIZZAZIONE			
Tipo Servizio Proposto	Intervento e Descrizione Prestazione	N° acc./sett.	Giorni Sett. Proposti
Infermiere			
Prof. Riabilitazione			
Psicologo			
OSS			
Logopedisti			

Firma del Responsabile UVM

Note:

Il consorzio dovrà comunicare al Distretto Socio Sanitario che ha redatto il PAI , tramite la centrale operativa l'avvenuta presa in carico ed il giorno del primo accesso degli operatori di riferimento.

Le eventuali variazioni degli accessi degli operatori vanno richiesti dal MMG e PLS all'UVM che provvedere ad autorizzare l'erogatore.

Le proroghe dovranno essere richieste dal MMG e PLS entro dieci giorni prima della scadenza del presente PAI.

Numero Cartella..... ADI dal..... Anno.....

Allegato 2 - Cartella Clinica



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE

**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
REGIONE SICILIANA
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE AGRIGENTO**
Sede legale: Viale Della Vittoria n. 321, Agrigento 92100 - Tel. 0922/407111

Distretto Sanitario di Base di

Via Tel. Cap.
Resp **U.O. A.D.I.** Dott. Tel. fax
e-mail

DATI UTENTE

CognomeNome.....C.F.....
Nato a.....Il.....Residente a.....
Domicilio assistenzaVia.....
n. civico.....Tel.Cellulare.....

MEDICO DI FAMIGLIA

Dott.Comune.....
Indirizzo Ambulatorio Via/piazza.....n.civ.....
Numeri di telefono del medico di famiglia Tel.....Cellulare.....
Firma del MMG o PLS.....

Data attivazione ADIDiagnosi
.....
Responsabile UVM Dott.....TelFax.....
Case manager.....

RETE SOCIALE

Familiare referente.....Grado di parentelaTel.....
Familiare e/o conoscente d'appoggio.....Relazione con l'assistito
Tel. Cellulare.....

ALLERGIE E/O INTOLLERANZE

Farmaco o Agente	Tipo di Reazione

OPERATORE/I INCARICATI DEL CASO tel. Centrale operativa Sisifo-Osa 0922/605135

Nome e Cognome	Qualifica	Recapiti tel.

Al PUA del Distretto Sanitario di _____

PROPOSTA ATTIVAZIONE CURE DOMICILIARI

MEDICO DI MEDICINA GENERALE

(timbro del Medico)

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ N° tessera sanitaria _____

LUOGO PREVISTO PER L'ASSISTENZA DOMICILIARE:

INDIRIZZO _____

FAMILIARE DI RIFERIMENTO _____

N° DI TELEFONO DEL FAMILIARE _____

DIAGNOSI PRINCIPALE

Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta (nominativo)

CONDIZIONI GENERALI DEL PAZIENTE

➤ RICOVERI RIPETUTI NEGLI ULTIMI TRE MESI, IN ASSENZA DI SOSTANZIALI VARIAZIONI DELLA STORIA CLINICA ___ SI NO

➤ ELEVATO INDICE DI COMORBILITA' _____ SI NO

➤ LESIONI DA DECUBITO _____ NO SI

PREVISIONE BISOGNI ASSISTENZIALI

AUSILI/PROTESI _____

NOTE _____

Data Timbro e Firma Medico

Tel. di riferimento e FAX

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

PRIMA DI AVERE IL SERVIZIO

1 Chi l'ha informata circa la possibilità di avere un Servizio a domicilio con prestazioni di tipo sanitario?

- un amico
- l'infermiere
- il medico di famiglia
- l'assistente sociale
- altro

2 Come giudica il percorso per avere il servizio a domicilio?

- molto semplice
- semplice
- complicato
- molto complicato

3 Quanto tempo ha dovuto aspettare il suo familiare prima di poter usufruire di questo Servizio?

- Meno di una settimana
- Circa quindici giorni
- Circa un mese
- Circa due mesi
- Più di due mesi

4 Rispetto alle sue esigenze ritiene questo tempo di attesa:

- Abbastanza adeguato
- Adeguato
- Abbastanza inadeguato
- Inadeguato

5 In caso di difficoltà ha trovato un operatore che la ha aiutata?

- Il medico di famiglia
- l'infermiere
- l'assistente sociale
- altri
- nessuno

6 Secondo Lei, le informazioni sulle prestazioni fornite dai diversi professionisti coinvolti nel servizio di Assistenza Domiciliare (medico, infermiere, medico specialista, ecc....), sui tempi e sugli orari di visita sono state chiare?

Prestazioni:

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

Tempi:

- per nulla
- poco
- abbastanza

- molto

Orari:

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

IL SERVIZIO AVUTO (O CHE SI STA AVENDO)

7 Secondo Lei, chi è stato l'operatore che ha coordinato l'intervento sanitario al domicilio del suo familiare?

- L'infermiere
- L'assistente sociale
- Il medico di famiglia
- Il personale ospedaliero
- Altro _____

8 Il Servizio di cui usufruisce il suo familiare l'aiuta anche ad affrontare i problemi di assistenza quotidiani?

Igiene personale

- Sì
- No

Cura del corpo

- Sì
- No

Gestione della casa

- Sì
- No

Se ha risposto di no ad una delle possibilità precedenti, ritiene che il suo familiare possa avere bisogno di aiuto per queste attività?

- Sì
- No

A chi pensa di rivolgersi per un aiuto? _____

9 Quali sono gli operatori che vengono a domicilio?

- L'infermiere
- L'assistente sociale
- Il medico di famiglia
- Il medico specialista
- Altro _____

10 Che tipo di prestazioni vengono effettuate da questi operatori al suo familiare?

11 Gli operatori rispettano la riservatezza del suo familiare?

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

Se la sua risposta è stata per nulla o poco, precisi i motivi del mancato rispetto:

12 Grado di appropriatezza dell'atteggiamento tenuto dagli operatori nei confronti del suo familiare.

Gentilezza:

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

Attenzione alle sue esigenze:

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

Informazioni sulla situazione sanitaria:

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

Comportamento adatto alle richieste effettuate:

- per nulla
- poco
- abbastanza
- molto

13 Gli orari con cui vengono a domicilio, rispettano le esigenze del suo familiare?

- Sì
- No

Se la sua risposta è stata no, quale orario riterrebbe più adatto alle sue esigenze e per quale motivo

14 Ritieni soddisfacente la frequenza con cui gli operatori vengono a domicilio per rispondere ai problemi del suo familiare?

- Sì
- No

Se no, perché? _____

15 In caso di bisogno urgente, gli operatori intervengono in modo rapido?

- Sì
- No

Se sì, chi interviene? _____

16 Ritieni che lo stato di salute del suo familiare sia migliorato dall'intervento del Servizio?

- Sì
- No

Se no, perché? _____

17 Si ritiene soddisfatto del Servizio che viene offerto al suo familiare?

- Sì
- No

Se no, perché? _____

18 Ritieni che il Servizio di assistenza Domiciliare l'abbia aiutata a gestire al meglio la situazione del suo familiare?

- Sì
- No

Perché? _____

19 Quali prestazioni vorrebbe che fossero offerte dal Servizio di Assistenza Domiciliare che ora non sono offerte?

20 Quali suggerimenti può offrire per migliorare il Servizio di Assistenza Domiciliare?

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLA SODDISFAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

DATI STATISTICI DEL FAMILIARE

Le chiediamo cortesemente di barrare le caselle che la riguardano, in quanto l'analisi dei dati ci consentirà di capire le caratteristiche dei **familiari** dell'utenza che usufruisce di questo Servizio.

SESSO:

- Maschio
- Femmina

ETÀ:

- meno di 20 anni
- tra 20 e 30 anni
- tra 31 e 40 anni
- tra 41 e 50 anni
- tra 51 e 60 anni
- tra 61 e 70 anni
- tra 71 e 80 anni
- più di 80 anni

TITOLO DI STUDIO:

- nessuno titolo di studio
- licenza elementare
- licenza media inferiore
- licenza media superiore
- diploma di laurea

PROFESSIONE:

- lavoratore
- studente
- pensionato
- non occupato

HA COMPILATO IL QUESTIONARIO:

- da solo
- insieme ad altri:
 - infermiere
 - medico
 - altro familiare
 - amico
 - utente del servizio
 - altro

TIPO DI ASSISTENZA DOMICILIARE:

- a tempo determinato
- a tempo indeterminato