



# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VALLECAMONICA-SEBINO

Sede Legale: Via Nissolina, 2 - 25043 - Breno (BS) - Tel. 0364/329.1 - Fax 0364/329310

www.aslvallecamicasebino.it

Codice Fiscale e Partita Iva n. 02072150986



## Codice Etico Comportamentale DIPARTIMENTO ASSI

## MODELLO ORGANIZZATIVO PROCESSO e ANALISI DI RISCHIO

**Oggetto di analisi intensiva saranno i seguenti processi:**

1. Assistenza socio sanitaria integrata;
2. Assistenza socio sanitaria integrata Consultori;
3. Percorso adozione;
4. Percorso tossicodipendenze;
5. Gestione Progetti disabili;
6. Gestione servizi per l'inserimento lavorativo; **(in restituzione ai comuni il primo novembre)**;
7. Accreditamento strutture per l'assistenza domiciliare con il sistema del voucher socio sanitario;
8. Vigilanza e accreditamento;

Revisione del Modello Organizzativo					
N. rev.	Data	Descrizione modifiche	Firma di redazione	Firma di verifica	Firma di Approvazione
0	17/10/2007	Prima emissione	Daniele Venia	Matilde Comensoli	Angelo Foschini
1					
2					
3					
4					
5					

## Premessa

Il dipartimento ASSI ha individuato 8 procedure sensibili alla analisi dei rischi, rappresentati dall'elenco seguente:

- a) Assistenza socio sanitaria integrata;
- b) Assistenza socio sanitaria integrata Consultori<sup>1</sup>;
- c) Percorso adozione<sup>2</sup>;
- d) percorso tossicodipendenze<sup>3</sup>;
- e) Gestione Progetti disabili<sup>4</sup>;
- f) Gestione servizi per l'inserimento lavorativo;
- g) Accreditemento strutture per l'assistenza domiciliare con il sistema del voucher socio sanitario<sup>5</sup>;
- h) Vigilanza e accreditamento;

Il documento è così strutturato:

Una prima parte prevede la descrizione del modello organizzativo di tutte le procedure sopra definite.

Una seconda parte in cui vengono definite le criticità trasversali a tutte le procedure.

Queste criticità costituiscono i fattori di rischio comuni e trasversali alle procedure e contengono ognuna la valutazione del rischio secondo quanto stabilito dal metodo regionale.

Infine per ogni criticità e rischio individuati è prevista la descrizione delle azioni correttive da apporre per ridurre la portata o eliminare la possibilità che si verifichi il rischio stesso.

---

<sup>1</sup> Il modello organizzativo di questa procedura è nel capitolo “assistenza socio sanitaria integrata”

<sup>2</sup> Il modello organizzativo di questa procedura è nel capitolo “assistenza socio sanitaria integrata”

<sup>3</sup> Il modello organizzativo di questa procedura è nel capitolo “assistenza socio sanitaria integrata”

<sup>4</sup> Il modello organizzativo di questa procedura è nel capitolo “assistenza socio sanitaria integrata”

<sup>5</sup> Il modello organizzativo di questa procedura è nel capitolo “assistenza socio sanitaria integrata”

## **Assistenza socio sanitaria integrata:**

All'interno di questo capitolo sono state inserite le seguenti procedure:

- l'assistenza socio sanitaria integrata Consultori;
- il percorso adozione;
- la tutela minori;
- il servizio anziani;
- il percorso tossicodipendenze;
- la gestione Progetti disabili;
- l'accreditamento strutture per l'assistenza domiciliare con il sistema del voucher socio sanitario;

I modelli organizzativi relativi all'assistenza socio sanitaria integrata dei Consultori, alla tutela minori ed al percorso adozione rientrano nella gestione del Servizio Famiglia, Infanzia, Età Evolutiva, che costituisce l'articolazione del Dipartimento ASSI. finalizzata a garantire, attraverso una stretta collaborazione ed integrazione tra le diverse risorse territoriali disponibili, le attività di prevenzione, consulenza, sostegno e presa in carico della famiglia, della coppia e della persona.

Con DGR n. VIII/4434 del 28 marzo 2007, avente per oggetto "Determinazioni in ordine al Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale - Dipartimento ASSI - dell'ASL di Vallecamonica-Sebino, ai sensi e per gli effetti del sesto comma dell'art.13 della Legge Regionale 11.7.1997, N. 31", il Servizio Famiglia, unitamente al Servizio Anziani e Disabili, è stato inserito nell'U.O. C. Area Famiglia, struttura individuata quale luogo di coordinamento e riqualificazione dei servizi rivolti alla famiglia lungo il suo ciclo vitale, con l'obiettivo di rafforzare la capacità di accoglienza, di analisi e di risposte integrate rispetto alla generalità dei bisogni e delle aspettative che la caratterizzano.

La concessione da parte dell'ASL di ulteriore proroga della gestione delle attività delegate sino al 31.12.2007, effettuata su richiesta da parte dei Comuni, ha comportato la necessità di gestire l'applicazione del nuovo modello organizzativo approvato dalla Regione in parallelo all'espletamento delle attività delegate, in tal modo allo stato attuale permangono aspetti riferiti al precedente modello organizzativo del Servizio.

Le finalità peculiari del Servizio Famiglia, Infanzia, Età Evolutiva sono:

- promozione di programmi di educazione alla salute e di prevenzione primaria;
- tutela della salute della donna con particolare riferimento alla maternità;
- tutela e protezione del minore anche attraverso interventi di sostegno alle famiglie;
- promozione del benessere del singolo, della coppia e della famiglia; prevenzione e trattamento degli stati di disagio e di possibili forme di emarginazione e devianza.

La modalità privilegiata di lavoro è quella della presa in carico integrata dei bisogni espressi dal cittadino attraverso il lavoro delle équipe multidisciplinari presenti nelle sedi del Servizio.

Nel nuovo modello organizzativo il Servizio Famiglia è costituito dalle Unità Operative: Consultorio Familiare e Prevenzione; in qualità di erogatore pubblico garantisce le prestazioni presso i tre Consultori Familiari pubblici accreditati di Edolo, Breno e Darfo B.T.

Le attività specifiche dell'U.O. Consultorio Familiare prevedono una stretta integrazione socio – sanitaria e si esplicano attraverso équipe multidisciplinari alle quali afferiscono psicologi, assistenti sociali, ginecologi, ostetriche, pediatri e amministrativi.

I principali interventi dell'U.O. Consultorio Familiare riguardano:

- la consulenza a famiglie, coppie, singoli, adulti e minori rispetto a problematiche psicologiche, sociali e sanitarie, con particolare attenzione alle tematiche della sessualità, della sterilità e della procreazione;

- la tutela dei minori in situazioni di disagio familiare mediante interventi di consulenza e sostegno psico-sociale, finalizzati al miglioramento delle competenze genitoriali e delle relazioni intra ed extra familiari;
  - la consulenza sociale di tutela della maternità, di sostegno alla famiglia e alla persona singola;
  - i percorsi di sostegno alla gravidanza, al parto e al puerperio;
  - il sostegno alla genitorialità attraverso la promozione di progetti volti ad accompagnare la famiglia nelle varie fasi del suo ciclo vitale;
  - l'interruzione volontaria della gravidanza;
  - la prevenzione delle patologie oncologiche dell'apparato genitale femminile;
  - la prevenzione per le varie fasce d'età in collegamento anche con altri Servizi o Dipartimenti.
- All'U.O. Consultorio Familiare afferiscono: lo Spazio Adolescenti, il Centro Adozioni, il Servizio Affidi e il Servizio di Psicoterapia per minori, con competenza sull'intero territorio dell'ASL di Vallecamonica – Sebino.

In particolare il Centro Adozioni:

- promuove azioni d'informazione sull'adozione nazionale ed internazionale e di formazione per le coppie interessate;
- effettua, su richiesta del Tribunale per i Minorenni, le indagini psico-sociali sulla coppia che si è resa disponibile all'accoglienza di uno o più minori;
- collabora con gli Enti Autorizzati per le adozioni internazionali.
- attiva interventi di sostegno alle famiglie adottive durante il primo anno di inserimento del minore.

Lo Spazio Adolescenti:

- a) svolge attività di consulenza ai giovani di età inferiore ai 20 anni per problematiche mediche, psicologiche e sociali legate alla vita relazionale e sessuale;
- b) effettua programmi di educazione affettiva e sessuale rivolti ai giovani.

### **Il Servizio Affidi:**

- ✓ promuove la sensibilizzazione all'affido, nonché la selezione e la preparazione delle famiglie disponibili;
- ✓ valuta le caratteristiche delle famiglie disponibili all'affido in funzione di un corretto abbinamento con il minore in situazione di difficoltà;
- ✓ garantisce il sostegno alla famiglia affidataria attraverso consulenze individuali e di gruppo.

### **Il Servizio di Psicoterapia per minori:**

- ✓ effettua interventi di psicoterapia individuale e di gruppo su soggetti in età evolutiva, al fine di curare le difficoltà di sviluppo sottostanti i sintomi espressi e di contribuire all'attenuazione del malessere psicologico, quando correlato a psicopatologia specifica.

### **Il Servizio Tutela Minori:**

- ✓ Si occupa di tutela dei minori in situazione di rischio, maltrattamento fisico e psichico, grave trascuratezza, abbandono e abuso sessuale.

Gli interventi, di norma attuati su mandato della Magistratura, sono finalizzati ad una corretta valutazione psicologica e sociale del minore e della sua famiglia ed all'elaborazione di un progetto di tutela e di aiuto specifico.

Le attività dell'U.O. Prevenzione originano da uno stretto raccordo tra l'ASL e le Istituzioni pubbliche e private del territorio per promuovere un sistema di offerte che, valorizzando lo sviluppo di progetti integrati, risultino centrate sui reali bisogni dei cittadini.

Lo sviluppo della prevenzione, quale processo educativo centrale e permanente nell'ambito delle finalità del Servizio Famiglia, Infanzia, Età Evolutiva pone la famiglia in posizione prioritaria nella gerar-

chia delle agenzie educative da coinvolgere, individuando poi quali strutture di supporto la scuola, il gruppo dei pari, i centri di aggregazione ed ogni altro spazio che consenta di rinforzare e raccordare le azioni di promozione sui cittadini.

L'U.O. Prevenzione è chiamata a sviluppare progetti che riguardano tutte le fasi del ciclo vitale sia individuale che familiare in un'ottica pluridisciplinare integrata.

## Area Anziani:

Nel gennaio 2004, in sintonia con gli Enti gestori delle RSA operanti nel territorio dell'ASL di Vallecamonica-Sebino, è stato istituito il Centro Unico di Prenotazione (CUP) per rispondere alle esigenze di gestire al meglio le richieste di ammissione in RSA-CDI e per ottimizzare la copertura dei posti letto in tali strutture, sulla base di un Regolamento costruito insieme e condiviso su due presupposti fondamentali:

la valutazione di tutte le domande garantita dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Geriatrica (UVM-G) che applicando una metodologia e scale di valutazione esplicite e condivise, assicura scientificità, omogeneità, ripetitività e trasparenza di valutazione.

Regole comuni e trasparenti condivise da tutte le RSA e CDI nell'organizzazione e gestione delle liste d'attesa.

Così configurato il CUP in questi due anni di funzionamento ha permesso alle RSA la collaborazione di operatori qualificati nel vaglio e gestione della domanda, un migliore orientamento della stessa, evitando i vuoti in alcune strutture e lunghe liste d'attesa in altre, garanzia nelle procedure verso l'utente esterno, potenziamento della singola RSA all'interno della rete dei servizi.

Nel territorio dell'ASL di Vallecamonica Sebino che si distribuisce per una estensione longitudinale di circa 85 Km., sono presenti n° 42 Comuni prevalentemente di piccole dimensioni, per una popolazione totale di 98.405 abitanti. In tredici Comuni è ubicata una RSA, mentre i rimanenti 29 ne sono sprovvisti ed i loro cittadini usufruiscono delle strutture più vicine al luogo di residenza. Il Regolamento deve quindi tenere conto di questa realtà offrendo per quanto possibile omogeneità di servizio sull'intero territorio.

L'ASL di Vallecamonica Sebino attraverso l'UVM-G ed il CUP svolge per i cittadini e per le RSA-CDI le funzioni di:

- Nuovo Sportello Informativo e di Orientamento;
- Raccolta della domanda, valutazione del bisogno e gestione amministrativa delle pratiche;
- Espletamento di un'istruttoria Sanitaria e Sociale;
- Accertamento del requisito della non autosufficienza ed appropriatezza dell'intervento;
- Stesura ed aggiornamento settimanale della lista di attesa.

Le RSA-CDI che intendono sperimentare la valutazione autonoma assicurano i servizi di raccolta e valutazione delle richieste secondo la seguente procedura:

- raccolta delle domande presso i propri uffici amministrativi;
- valutazione del bisogno e istruttoria delle domande ad opera dell'equipe multidisciplinare della Struttura;
- inserimento in lista d'attesa della domanda secondo il punteggio assegnato e nel rispetto degli statuti degli Enti;
- comunicazione all'ASL della lista d'attesa aggiornata con copia della domanda ed eventuale indicazione di altre RSA-CDI indicate come opzione alternativa dall'Utente.

L'ASL di Vallecamonica Sebino attraverso l'U.O. Anziani, istituzionalizza uno **Nuovo Sportello Informativo e di Orientamento** per tutti i cittadini che richiedono l'accesso ai servizi socio sanitari residenziali e semi residenziali, svolgendo funzioni di informazione, segretariato sociale, indirizzo ed orientamento della domanda, in particolare per i cittadini richiedenti che nel Comune di residenza non hanno l'RSA.

In via prioritaria vengono inserite in RSA le persone ultrasessantacinquenni in condizioni socio-sanitarie tali da non poter restare al proprio domicilio. Eccezionalmente possono essere accolte anche persone più giovani, con gravi o gravissimi problemi socio-sanitari e che abbiano caratteristiche assimilabili a quelle delle persone anziane.

In tali casi, al momento della disponibilità del posto, l'U.V.M.- G concorderà il ricovero con il Responsabile Sanitario (o altro referente indicato dalla RSA interessata), tenendo conto dei problemi del richiedente e delle risorse assistenziali della RSA e dei CDI.

L'utente o chi per esso, interessato ad accedere ai servizi di cui trattasi, presenta richiesta di ammissione su apposita modulistica, corredata dalla documentazione sanitaria e sociale, presso una delle seguenti sedi:

- Servizio Anziani-Disabili (Via Nissolina 2, Breno);
- RSA-CDI;
- Comune di residenza.

L'UVM-G valuta la domanda e la trasferisce al CUP o direttamente agli Enti gestori che gestiscono autonomamente l'accoglienza.

Le RSA che attuano in autonomia la gestione della lista d'attesa, nel rispetto della libertà di scelta del cittadino effettuano la valutazione all'idoneità e l'inserimento nella lista d'attesa con la propria UVM-G.

L'UVM-G è un organismo dell'Azienda Sanitaria Locale che afferisce al Dipartimento per le Attività Socio-Sanitarie Integrate (ASSI), Servizio Anziani-Disabili..

E' costituito da una équipe multidisciplinare e si pone l'obiettivo di garantire l'integrazione tra i servizi socio-assistenziali e quelli sanitari nonché tra gli interventi di primo livello e quelli specialistici.

L'UVM-G è quindi uno strumento per la valutazione globale del singolo caso e la definizione del programma preventivo, curativo e riabilitativo diretto a garantire la continuità terapeutica ed assistenziale necessaria all'anziano in situazione di fragilità.

L'UVM-G è l'organo di governo per l'accesso ai servizi a valenza socio-sanitaria, quindi ha competenza quando sia richiesto l'accesso a servizi quali:

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
- Centro Diurno Integrato (CDI)
- Istituti di Riabilitazione (IDR)
- Residenza Sanitario Assistenziali (RSA).

Nel rispetto della libertà di scelta del cittadino, lo orienta ai differenti servizi socio-sanitari domiciliari, semi residenziali, residenziali, e/o a prestazioni di altra natura.

L'UVM-G assicura la libera scelta del cittadino e lo tutela nella fruizione del servizio, attraverso le seguenti azioni:

- Ottimizzare le risorse offerte dalle strutture residenziali e diurne;
- Rispondere in modo organizzato e razionale alla richiesta degli utenti in una logica di integrazione e di valutazione multidimensionale;
- Valorizzare le potenzialità e specificità delle strutture ospitanti;
- Conoscere e monitorare le richieste provenienti dal territorio, l'evoluzione, la tipologia e l'entità del bisogno soddisfatto e non soddisfatto in relazione ai servizi sanitari-assistenziali.

L'UVM-G, è composta dalle seguenti figure professionali:

- Medico Geriatra
- Assistente Sociale

- Infermiere

Su richiesta dell'interessato o chi per esso, può partecipare all'UVM-G il Medico di Famiglia.

L'UVM-G ha il compito di valutare l'adeguatezza del servizio richiesto, il grado di fragilità dell'utente e di monitorare/verificare la qualità dell'assistenza erogata all'interno delle strutture.

Nel rispetto della libertà di scelta del cittadino, lo orienta ai differenti servizi socio-sanitari domiciliari, semi residenziali, residenziali, e/o a prestazioni di altra natura.

L'UVM-G:

- valuta la domanda di ammissione;
- avvia una istruttoria sociale e sanitaria;
- stabilisce la tipologia assistenziale;
- Accerta il requisito della non autosufficienza e l'idoneità all'inserimento in un servizio residenziale o semiresidenziale;
- invia al CUP alla/le R.S.A. e CDI interessata/e la documentazione per l'iscrizione nelle liste di attesa;
- si attiva per garantire tutti gli interventi necessari, in attesa dell'inserimento nel servizio idoneo.
- recepisce dalle persone in lista d'attesa eventuali cambiamenti delle condizioni socio-sanitarie che possono determinare modificazioni nella posizione in graduatoria, oltre ad eventuali diverse decisioni in merito all'inserimento in RSA.

## Accreditamento strutture per l'assistenza domiciliare con il sistema del voucher socio sanitario

L'Accreditamento strutture per l'assistenza domiciliare con il sistema del voucher socio sanitario ha lo scopo di uniformare i criteri di prescrizione dei trattamenti e delle tipologie di prestazione erogate dal Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata attraverso l'attivazione del Voucher Socio Sanitario.

La procedura si applica alle attività di accettazione delle richieste di Assistenza Domiciliare Integrata inviate dai Medici, stesura del Piano Socio Sanitario di Intervento e del Piano individuale Assistenziale, nonché a tutti gli atti correlati alle attività per l'accesso al Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata ed attivazione del Voucher Socio Sanitario nell'ASL Vallecamonica-Sebino.

### RESPONSABILITÀ

Le responsabilità per la gestione delle attività inerenti l'attivazione della richiesta del MMG/PLS o Medico ospedaliero, la predisposizione dei PSSI con l'individuazione della tipologia e quantità di prestazioni, il numero di accessi al domicilio per ogni figura professionale individuata nel piano di intervento per l'erogazione del VSS sono così distribuite:

ATTIVITÀ	RESPONSABILITÀ
Coordinamento delle attività del Servizio ADI, orientamento ed indirizzo degli operatori, gestione processo di attivazione VSS	Coordinatore del Servizio
Richiesta di avvio del Servizio ADI e individuazione delle prestazioni necessarie	MMG/PLS - Medici Ospedalieri
Monitoraggio delle prestazioni erogate e controllo del piano di cura	MMG/PLS
Istruttoria della pratica, raccolta informazioni, valutazione del Bisogno Socio Sanitario e stesura del PSSI	Infermiere e Assistenti Sociali
Approvazione dei PSSI attivati e valutazione della congruità degli stessi con gli obiettivi del Servizio, convalida del n° accessi MMG/PLS	Medico geriatra dell'UVM – ADI UVM – ADI
Gestione ed erogazione prestazioni a domicilio	Ente Erogatore
Predisposizione della modulistica per attivazione VSS, inserimento dati nel programma informatico	Amministrativo e Infermiere

### MODALITÀ DI GESTIONE

#### DESTINATARI

Il Voucher Socio Sanitario è erogato dall'ASL a persone "fragili" che necessitano di prestazioni socio-sanitarie integrate al proprio domicilio da parte di caregiver professionali.

Si intende per persona fragile:

- anziani,
- persone affette da patologie cronico degenerative,
- soggetti in convalescenza dopo un ricovero ospedaliero,
- malati terminali

Condizione necessaria è la non autosufficienza, anche temporanea, che consegue l'impossibilità di recarsi presso gli ambulatori o allo studio del medico di fiducia per le cure necessarie.

Il fatto acuto, la conseguente debilitazione, la problematica indotta dalla sintomatologia, la necessità di riposo a letto in soggetti diversi da quelli elencati non costituiscono condizione di non autosufficienza (es. minori o persone autosufficienti con patologie in fase acuta)

L'ADI è finalizzata a ritardare l'istituzionalizzazione di persone fragili in RSA o Istituti di riabilitazione, ad evitare o differire degenze ospedaliere improprie determinabili da ragioni sociali o da motivi di organizzazione sanitaria.

## **PATOLOGIE**

Le ipotesi di attivazione dell'intervento si riferiscono a:

- Malati terminali
- Malattie progressive invalidanti e che necessitano di interventi complessi
- Incidenti vascolari acuti
- Gravi fratture in anziani
- Forme psicotiche acute gravi
- Riabilitazione di vasculopatici
- Riabilitazione in neurolesi
- Malattie acute temporaneamente invalidanti nell'anziano (forme respiratorie ed altro)
- Dimissioni protette da strutture ospedaliere

## **PRESTAZIONI**

Il VSS si attiva in presenza di problemi socio-sanitari tali da richiedere interventi integrati per un periodo di tempo prolungato, non inferiore ad un mese e con accessi mensili commissionati all'EE di norma uguali o superiori ad un n° di 14, fatto salvo diversa valutazione dell'UVM-ADI per situazioni e/o prestazioni complesse o particolari.

La necessità di interventi sanitari (infermieristici o riabilitativi) determina l'attivazione del Voucher Socio Sanitario; il MMG/PLS inoltra la richiesta di interventi domiciliari, l'equipe ADI valuta il bisogno sanitario e la necessità di integrare l'intervento con prestazioni di carattere socio/assistenziale.

Necessità di interventi esclusivamente socio/assistenziali vengono inviate ai Comuni per attivazione di Servizi di Assistenza Domiciliare Domestica, Voucher Sociale o Buono Sociale.

( M ADI 022 “ Segnalazione bisogno di altri interventi sociali”)

In fase di istruttoria l'Assistente Sociale dell'UVM ADI valuta caso per caso la necessità di una presa a carico sociale sua o di altri servizi competenti, attuandola secondo la prassi operativa professionale già in atto per gli interventi di Servizio Sociale. La presa a carico sociale o l'invio ad altri Servizi Sociali viene annotato sul M ADI 021 “Diario interventi sociale”

Il VSS si chiude al termine degli interventi sanitari.

Non rientrano nell'ADI:

- Prestazioni di cura che possono essere erogate dai familiari o da altre persone non qualificate addette all'assistenza e non necessariamente da operatori professionali quali infermiere o fisioterapisti (iniezioni sottocutanee ed intramuscolari, controllo P/A, controllo glicemia ecc);
- Necessità sanitario-assistenziali a bassa frequenza ed intensità quali i prelievi di campioni biologici;
- Assistenza estemporanea ossia iniziative volte al soddisfacimento di necessità sanitarie occasionali mediante prestazioni singole ed eventualmente ripetibili di vario tipo, serie di prestazioni fine a se stesse o limitate nel tempo quali cateterismi, clisteri, irrigazioni, lavande, cicli di terapie infusive ed endovenose, inferiori a 14 accessi mensili ed ad un periodo di un mese;
- Cicli fisioterapici domiciliari erogati con mini voucher.

## **COMPETENZE**

### **MMG/PLS COMPETENZE ED INTERVENTI**

Il MMG è il responsabile sanitario del soggetto ed il principale gestore del piano di cura.

Al MMG/PLS compete:

- Segnalare all'ASL per l'attivazione del Servizio

➤ Fornire all'UVM-ADI tutti gli elementi di valutazione al fine della stesura del PSSI  
Il MMG/PLS svolge un ruolo di coordinamento fra l'EE, il paziente e l'ASL attraverso:

- Il monitoraggio delle prestazioni effettuate dal EE
- La segnalazione all'UVM-ADI della necessità di variazione del VSS
- Il consenso alla dimissione del paziente dall'ADI

Il MMG/PLS comunica all'UVM- ADI gli accessi domiciliari che intende effettuare.

L'UVM ADI valuta la richiesta di accessi del curante rapportata al livello del VSS erogato ed alle prestazioni di cura individuate nel PSSI ed assegnate all'EE.

Il PSSI indica il numero degli accessi da effettuarsi da parte del MMG per le prestazioni di medicina generale in relazione alla specificità del processo morboso in corso (Accordo Collettivo Nazionale – allegato H) e alle prestazioni di cura commissionate all'EE .

Altri bisogni sanitari del paziente che necessitano di controllo medico fanno capo alla funzione di medico di assistenza primaria, rientrano nelle competenze normate dall'ACN e regolamentate nei protocolli e convenzioni stipulate con il Dipartimento di Cure Primarie.

Il MMG/PLS segue le procedure di registrazione degli accessi domiciliari sul VSS Mod. ADI 007 “Rendicontazione delle attività domiciliari” e trasmette all'ASL la rendicontazione mensile degli stessi sul Mod. 0282/ASL “Riepilogo mensile Assistenza Domiciliare” (Allegato n°2) predisposto dal Dipartimento di Cure Primarie.

Saranno remunerati gli accessi domiciliari debitamente sottoscritti nel VSS e secondo la quantità concordata nel PSSI.

### **EQUIPE ADI**

L'Equipe ADI, formata da personale infermieristico, Sociale ed Amministrativo garantisce la gestione quotidiana del Servizio ADI e erogazione dei VSS attraverso:

- La raccolta della richiesta del MMG/PLS ed attivazione del VSS secondo le procedure stabilite nei PT ADI 001
- Controlla e verifica i VSS emessi e gestisce le risorse secondo le procedure stabilite nel PT ADI 002
- Provvede alla chiusura liquidazione ed archiviazione VSS secondo le procedure stabilite nel PT ADI 003
- Gestisce i flussi informatici secondo le procedure stabilite nel PT ADI 003

Il Servizio ADI, composto dalla Segreteria Operativa ed Amministrativa è attivo per la raccolta di nuove segnalazioni dal Lunedì al Giovedì dalle ore 8,30 alle ore 12,30 e dalle ore 14.00 alle ore 15,30 ed il Venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,30.

### **UVM - ADI**

L'UVM –ADI, composta dall'Equipe ADI e dal Medico Geriatra, svolge funzioni di indirizzo tecnico generale come previsto dal PT ADI 001 e si riunisce generalmente una volta alla settimana per la valutazione delle pratiche e dei PSSI attivati. La stessa può effettuare controlli presso il domicilio del paziente, previa informazione al MMG.

## Il Percorso delle dipendenze

Il percorso delle dipendenze è gestito dal Servizio Dipendenze che possiede un modello organizzativo, di pianificazione del lavoro e di erogazione del servizio specifico.

In particolare la presente procedura si applica nell'ambito di:

- Prevenzione dell'uso e abuso di sostanze legali e illegali
- Interventi terapeutici e riabilitativi a favore di soggetti con dipendenza patologica da sostanze legali e illegali.

Il Servizio Dipendenze è struttura semplice operante all'interno del Dipartimento ASSI.

È strutturato in:

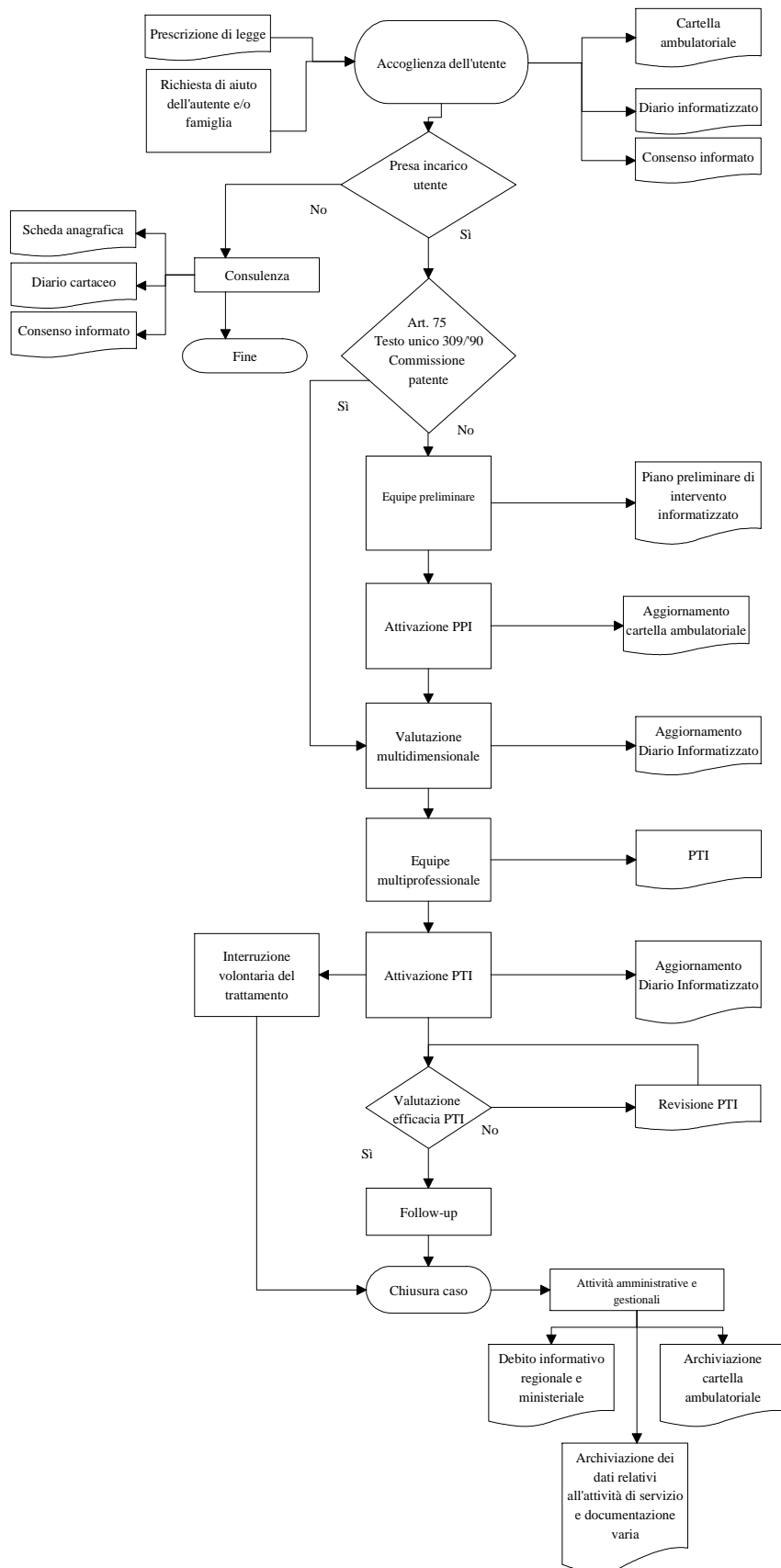
- a) **SerT**: è l'unità di base del SerD che assicura il libero accesso al tossicodipendente anche in anonimato, l'accoglienza, l'orientamento della domanda, la diagnosi integrata, la presa in carico e il progetto terapeutico integrato socio-sanitario. Prevede anche interventi di prevenzione specifica.
- b) **SerAl**: è l'unità di base del SerD che assicura il libero accesso all'alcolodipendente anche in anonimato, l'accoglienza, l'orientamento della domanda, la diagnosi integrata, la presa in carico e il progetto terapeutico integrato socio-sanitario. Prevede anche interventi di prevenzione specifica.

La rappresentazione grafica dei processi che compongono il servizio erogato, con la specificazione della loro successione sequenziale e dell'azione connessa è documentata al termine del presente paragrafo.

La descrizione dettagliata delle fasi, delle azioni, dei vincoli, delle risorse, degli indicatori di processo, di risultato e i documenti collegati, sono descritti nei PT SERD 001 – 002 – 003 – 004 – 005-006-007-008-009-010-011.

Le attività possono suddividersi in:

- **trattamento**: è l'insieme degli interventi terapeutici sanitari e sociali posti in atto per portare il soggetto alla completa astensione dall'uso di sostanze illegali e alcol, per contrastare lo stato di abuso o di dipendenza, per migliorare lo stato di salute e la qualità di vita e per diminuire i rischi connessi all'uso di droghe.
- **prevenzione specifica**: è l'insieme degli interventi di prevenzione, screening, counselling e collaborazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze d'abuso, anche in collaborazione con altri servizi specialistici interni ed esterni all'Azienda.
- **reinserimento socio - lavorativo**: è l'insieme degli interventi posti in atto per consentire ai singoli soggetti di acquisire autonomia personale, familiare e socio – lavorativa.
- **osservatorio dipendenze**: è l'insieme degli studi epidemiologici relativi al fenomeno delle dipendenze patologiche.



Il Responsabile del SERD, nelle disposizioni regionali e in ottemperanza alle linee stabilite dalla DSA, espresse nel POFA, definisce e pianifica l'attività del SERD; elabora la politica della qualità, sottoponendola all'approvazione della DSA.

In fase di riesame ne verifica l'attualità, definendo i nuovi obiettivi e assicurando nel contempo le risorse necessarie.

Il riesame della Direzione di UO ha cadenza annuale ed avviene secondo quanto descritto nella P GEN 5.01 "Gestione del Riesame della Direzione".

La comunicazione agli operatori circa l'importanza di ottemperare ai requisiti del cliente ed a quelli cogenti avviene nelle riunioni periodiche generali di cui è redatto apposito verbale.

In occasione della prima riunione periodica generale di tutti gli operatori, il Responsabile del SERD richiama la mission del servizio a tutti i professionisti presenti, sottolineando gli eventuali aggiornamenti ed obiettivi annuali (si veda relativo verbale).

Il Servizio, come previsto nella D.g.r. 12621 del 7.4.2003, si assicura che i requisiti del cliente siano soddisfatti attraverso la valutazione dei risultati della Customer Satisfaction.

Il questionario della Customer satisfaction viene predisposto dal SERD e somministrato agli utenti annualmente. L'elaborazione e l'interpretazione dei risultati è a cura del Servizio stesso.

La valutazione di questi dati, effettuata dal Responsabile del Servizio, avvalendosi delle professionalità in gioco, è comunicata agli operatori nelle riunioni periodiche generali e costituisce elemento in ingresso per il riesame della Direzione.

Il Servizio risponde alle esigenze del cliente anche attraverso la carta dei servizi, la diffusione di dépliant informativi e principalmente ad un'informazione diretta ed individuale data dall'operatore.

La pianificazione è demandata al Dipartimento ASSI (Decreto ASL Piano territoriale). La programmazione è a carico del RUO, che in base alla statistica annuale relativa all'evoluzione del fenomeno delle dipendenze patologiche e all'allocazione delle risorse predispone annualmente relazione programmatica.

I processi sono identificati e descritti nei protocolli del SERD e la sequenza della descrizione è la stessa del loro svolgersi. Negli stessi documenti sono stabiliti i criteri e i metodi che assicurano un efficace funzionamento e controllo del processo, assicurando le risorse necessarie.

Sono previste, nei medesimi protocolli, le modalità di monitoraggio e di misura finalizzate a garantire nel tempo la bontà del processo stesso.

Le responsabilità, i compiti e le interconnessioni funzionali sono definiti e documentati nell'organigramma e funzionigramma allegati n. 2 e n. 3 alla presente procedura. Essi sono esposti e resi noti agli operatori della UO.

Il RUO definisce e documenta la propria organizzazione per quanto riguarda le figure professionali operanti al suo interno in relazione a responsabilità, autorità e rapporti di interdipendenza, essenzialmente attraverso:

- l'organigramma e il funzionigramma (allegato n. 2 e 3) che individuano le principali funzioni del SERD evidenziandone i rapporti di interdipendenza. I documenti sono firmati dal RUO ed esposti nel servizio e resi noti agli operatori
- l'assegnazione, all'interno dei protocolli e dei Piani di Lavoro e nel rispetto di eventuali circolari di attuazione del Piano Organizzativo Funzionale Aziendale e della legislazione cogente, di compiti e responsabilità per le attività svolte dalle funzioni individuate all'interno dell'organigramma
- le job description e le credenziali degli operatori, secondo quanto predisposto nella documentazione dall'Area Gestione Risorse Umane. Le job description dei singoli operatori sono conservate unitamente alle schede del personale in UO e nel fascicolo personale gestito dall'Area Gestione Risorse Umane. Per quanto riguarda le Job description del personale medico sono

utilizzate per autorizzare il professionista a fornire servizi clinici in conformità alle abilitazioni, agli studi, al tirocinio ed alla pratica clinica (standard SRU 1, 7, 9).

### La competenza, consapevolezza e addestramento

Le attività volte a misurare la competenza, la consapevolezza ed il grado di addestramento degli operatori e dell'inserimento del neoassunto/cambio mansione, sono descritte nella P GEN. 6.01 "Gestione delle Risorse" e nella procedura 7.01 dell'Ufficio Aggiornamento e Formazione.

In occasione del Riesame della Direzione di UO sono presi in considerazione l'identificazione e il soddisfacimento dei bisogni formativi di tutti gli operatori. Tali attività sono gestite in accordo con quanto previsto dalla Procedura e dai Protocolli emessi dall'Ufficio Aggiornamento-Formazione.

Ad ogni figura professionale è affidato uno specifico ruolo in base alla propria competenza (istruzione, addestramento, esperienza, abilità). La competenza del personale è documentata attraverso titolo di studio, aggiornamenti, esperienze lavorative e attività assegnate. Le esigenze di aggiornamento per le diverse figure professionali, in base alle innovazioni operative, alle variazioni tecnico-organizzative ed a specifiche richieste sono riportate da RUO nel piano di formazione annuale dell'ASSI.

Il RUO:

- Identifica in sede di riesame, sulla base dei risultati dell'audit e dell'evoluzione tecnologica, professionale e/o metodologica, connessa all'erogazione delle prestazioni e/o disposizioni di legge, i fabbisogni formativi del servizio
- Formula la richiesta formativa e la invia al Direttore del Dipartimento ASSI

Il RQ:

- coadiuva il RUO nell'individuazione dei bisogni formativi degli operatori del Servizio
- Conserva ed aggiorna i DRQ relativi alla formazione.

### Redazione scheda personale

Per ogni operatore professionale è redatta e tenuta aggiornata, dal RQ, una scheda personale che riporta i dati personali, la qualifica, la mansione all'interno del servizio, la data di assunzione, il grado di istruzione, la formazione fornita, l'addestramento. La registrazione delle attività di carattere formativo degli operatori avviene a cura del referente Qualità. I dettagli sono contenuti nelle schede personali conservate presso la sede del servizio

### L'inserimento di nuovo personale

Il RUO/CS, in occasione dell'inserimento di personale di nuova assunzione o proveniente da altra mansione o azienda, stila un piano di formazione personalizzato e dipendente dal profilo professionale (M GEN 027 "Piano inserimento personale" specificando:

- i requisiti minimi di formazione
- le mansioni
- l'affiancamento/addestramento iniziale. Durante l'addestramento l'operatore è affiancato da personale esperto per un periodo di tempo stabilito in funzione sia dell'esperienza del soggetto sia della tipologia del lavoro da svolgere.

Gli operatori neoassunti dipendenti funzionalmente dal SITRA sono inseriti secondo il PT SI 014 "Inserimento neoassunto".

Il neoassunto è informato del piano di formazione ed è affiancato da personale esperto per un periodo di tempo stabilito in funzione sia dell'esperienza del soggetto sia della tipologia del lavoro da svolgere (standard SRU 3).

L'esecuzione e la formalizzazione dell'addestramento è effettuata nel rispetto della P GEN 6.01 "Gestione delle risorse" e della P GEN 7.01 dell'Ufficio Aggiornamento e Formazione.

Il RUO verifica l'adeguatezza/efficacia dell'addestramento effettuato.

Il piano di inserimento varia a seconda della mansione che il soggetto andrà a svolgere.

Il piano di inserimento comprende:

1. Fase di formazione teorica

- Principi legislativi alla base dell'operatività
- Sistema Qualità ed i suoi requisiti.
- Colloquio con lo psicologo al fine di acquisire abilità nella gestione del rapporto con l'utenza
- Altro (es. addestramento informatico, etc.)

2. Fase di osservazione diretta/Fase di formazione pratica

- Affiancamento a personale esperto a seconda del profilo professionale.

La valutazione dell'addestramento è riportata sul M FORM 002 "Scheda di verifica del grado di apprendimento".

Accertata la capacità di effettuare correttamente le procedure previste dal proprio profilo professionale, il soggetto idoneo può effettuare in modo autonomo le attività secondo le modalità apprese nelle fasi precedenti e descritte nei relativi protocolli.

Le infrastrutture

L'organizzazione utilizza ambienti adibiti ad ambulatorio, zona somministrazione terapie farmacologiche, studi per colloqui socio-educativi e terapie psicologiche, uffici amministrativi che sono sottoposti a valutazione di idoneità ambientale e della sicurezza secondo specifiche procedure del SPP.

Gli armadi contenenti le cartelle ambulatoriali dell'anno in corso sono ubicati nella sala archivio e sono dotati di serratura per la tutela della privacy dell'utente, secondo quanto previsto dal D. Lgs n. 196 del 30 giugno 2003.

Il Servizio è dotato di una cassaforte per la conservazione dei farmaci stupefacenti (Vedi PT SERD 005-006-007) e di videosorveglianza (controllo diretto senza registrazione e avviso all'utenza mediante affissione di informativa) degli utenti nel corridoio e durante l'esecuzione dell'esame urine per ricerca stupefacenti (Vedi PT SERD 008).

L'automezzo utilizzato per le attività esterne è in dotazione al SERD ed è gestito dall'Area Gestione Risorse Materiali.

Le modalità attraverso le quali si identificano e si riducono le barriere fisiche, linguistiche e culturali che possano ostacolare l'accesso e l'erogazione del servizio sono dettagliate nella carta dei servizi aziendale e nella guida al servizio. (standard DPPCA 4).

L'ambiente di lavoro

Gli ambienti di lavoro dedicati alle attività non necessitano di particolari condizioni e dotazioni, in quanto si configurano come normali ambulatori, studi professionali e uffici amministrativi e non hanno influenza sulla conformità e qualità dei prodotti forniti. La gestione è di competenza dell'Area Gestione Risorse Materiali.

Il RUO ogni anno attua una rivalutazione del rischio per gli operatori e viene segnalato nel riesame della direzione.

La realizzazione del prodotto

La pianificazione della realizzazione del prodotto

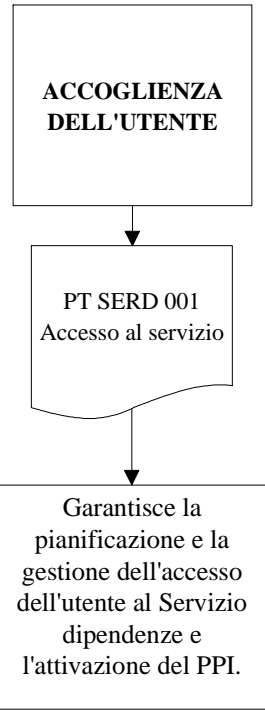
L'attività di pianificazione dei processi è effettuata sulla base della mission aziendale per offrire ai propri utenti un livello di qualità sempre maggiore, capace di soddisfare non solamente i requisiti definiti, ma anche le aspettative di miglioramento richiesto; comprende obiettivi, criteri di accettazione, descrizione dei processi (tenendo in considerazione anche gli standard DPPCA 1, 2, 3, 9, 11, 12, standard PIPSS 1, 2, 3, 4, 5), documentazione necessaria, risorse, infrastrutture e attività di verifica. Gli standard in oggetto sono descritti all'interno dei PT SERD.

**Il Servizio Dipendenze (SERD)** nell'ambito delle proprie competenze provvede a:

- Rilevare, sulla base delle indicazioni stabilite a livello regionale e nazionale, i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività ed al territorio di competenza.
- Svolgere attività di prevenzione, screening/counselling ,collaborare alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze d'abuso, anche in collaborazione con altri servizi specialistici e svolgere specifiche attività per la prevenzione di malattie infettive e overdose.
- Garantire accoglienza, diagnosi, presa in carico del paziente e del contesto familiare, predisponendo per ogni singolo utente un programma terapeutico-riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico in relazione ai risultati degli interventi effettuati.
- Nell'ambito del programma terapeutico-riabilitativo effettuare terapie farmacologiche specifiche con monitoraggio clinico e laboratoristico, svolgere attività di sostegno psicologico, sociale ed educativo e di psicoterapia anche in collaborazione con altri Servizi dell'ASL.
- Svolgere attività di sostegno in ambito sociale ed educativo.
- Svolgere attività di riabilitazione e di prevenzione delle ricadute.
- Rilevare le necessità di formazione e aggiornamento del personale in servizio.

Le modalità di accesso al Servizio, le responsabilità, la valutazione multidimensionale per presa in carico, l'attivazione del progetto terapeutico individualizzato, la chiusura casi e dimissione dell'utente sono descritti in appositi Protocolli: PT SERD 001, PT SERD 002, PT SERD 003, PT SERD 004.

I diagrammi di flusso di seguito rappresentati definiscono i processi caratteristici del SERD:

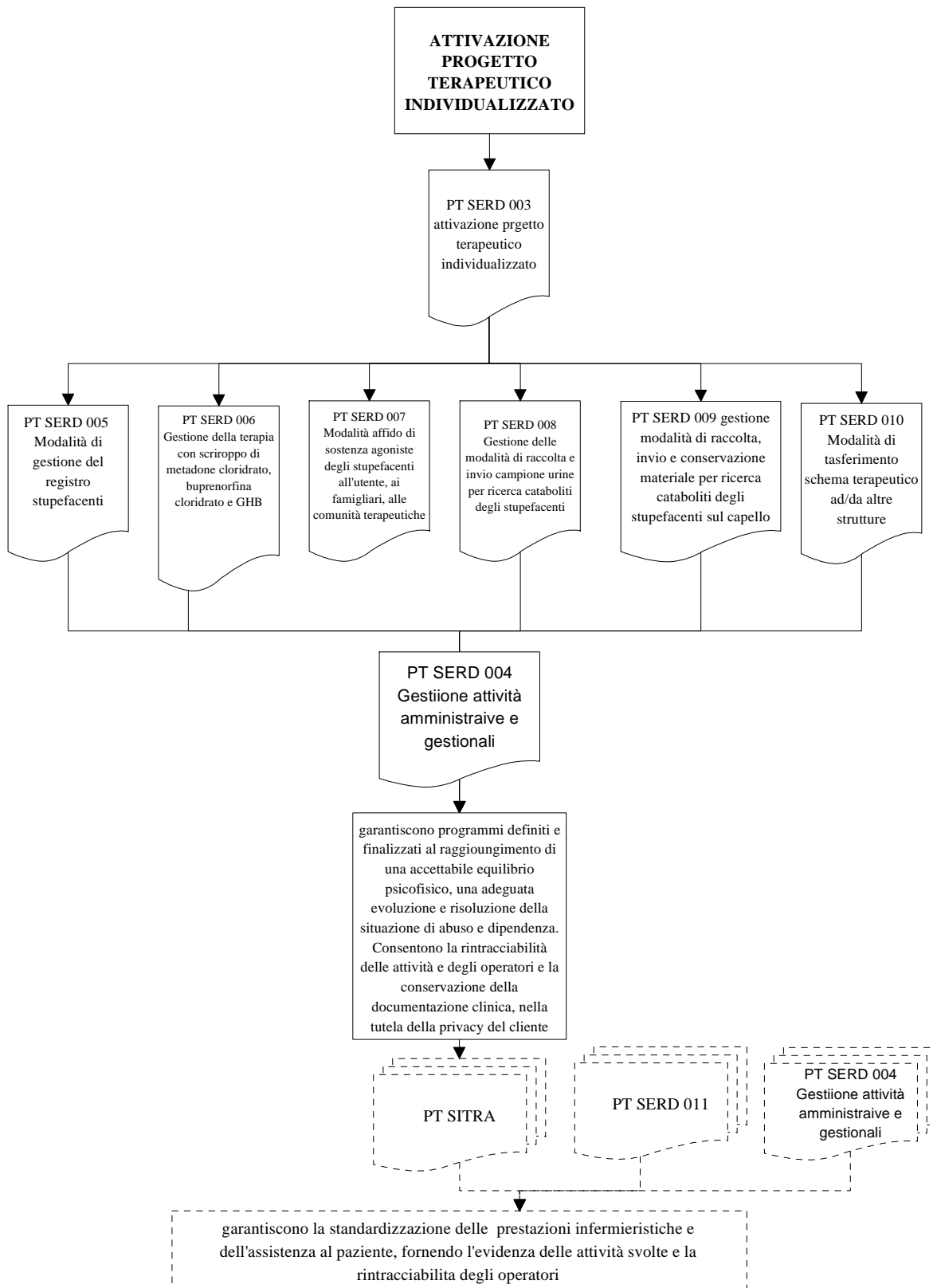


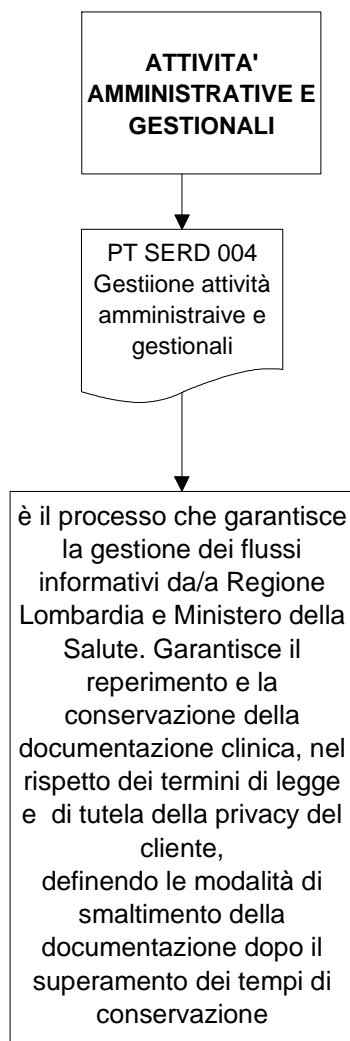
\_\_\_\_\_ processo principale  
----- processo di supporto

**VALUTAZIONE  
MULTIDIMENSIONIALE**

PT SERD 002  
Valutazione  
multidimensionale

è il processo che garantisce la messa in comune e confronto interprofessionale sui dati e notizie cliniche dell'utente al fine di formulare un PTL. Consentendo la rintracciabilità delle attività e degli operatori e la conservazione della documentazione clinica, nella tutela della privacy del cliente





### I processi relativi al cliente

La determinazione dei requisiti relativi al prodotto

I requisiti del servizio sono definiti in linea generale dalla Regione Lombardia con propri decreti/documenti, recepiti a livello aziendale. Il servizio si rivolge a persone che presentano problemi di dipendenza da sostanze lecite ed illecite. Le modalità di erogazione del servizio sono descritte nei protocolli.

Le prestazioni erogabili sono dettagliate e definite nella Carta dei servizi aziendale e nella Guida al servizio (standard DPPCA 8 e 10).

Il RUO, sulla base della politica aziendale per il paziente vulnerabile e fragile, identifica le categorie dei pazienti afferenti al SERD e definisce le modalità di gestione degli stessi nella Guida al servizio (standard DPPCA 6).

### Il riesame dei requisiti relativi al prodotto

L'équipe multiprofessionale è composta da: medico, assistente sociale, psicologo, infermiere, educatore professionale. L'équipe ha la funzione di riesaminare la capacità del servizio di soddisfare il bisogno dell'utente, attraverso il PPI e il PTI.

L'evidenza del riesame dei requisiti del servizio è data dalla firma del verbale da parte dei componenti dell'équipe.

Le variazioni dei PPI e PTI sono sempre approvate dall'équipe, come evidenziato nei verbali.

Il riesame dei requisiti delle prestazioni erogate/Servizio è garantito dalla professionalità degli operatori e dal governo dell'evoluzione del fenomeno sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo.

#### La comunicazione con il cliente

La comunicazione con il cliente è una componente essenziale della relazione terapeutica quale strumento per la riuscita del trattamento.

La comunicazione si sviluppa attraverso colloqui tra il cliente e i vari professionisti.

Le competenze comunicative dei professionisti sono ottimizzate attraverso colloquio mirato con lo psicologo, come previsto nel piano di inserimento del servizio.

La comunicazione al Cliente è assicurata attraverso la Carta dei Servizi aziendale e il giornale aziendale distribuiti a tutta la popolazione, attraverso il sito WEB e tramite le comunicazioni specifiche di Servizio (standard DPPCA 8).

Le informazioni di ritorno da parte del cliente ed eventuali reclami sono assicurati attraverso la rilevazione annuale della Customer Satisfaction di UO.

La comunicazione con il cliente relativa all'acquisizione del consenso informato è dettagliata nei PT SERD 001 "Accesso al Servizio Dipendenze".

#### La progettazione

L'UO SerD non effettua attività di progettazione. Qualora si rendesse necessario realizzare nuovi servizi la progettazione degli stessi avverrà secondo quanto previsto dalla norma.

L'erogazione del Servizio avviene come precedentemente descritto, effettuando una pianificazione personalizzata della attività.

#### La produzione ed erogazione di servizi

##### La tenuta sotto controllo delle attività

L'erogazione del servizio è subordinata ad una richiesta specifica effettuata dal singolo, da un familiare, e dalla autorità giudiziaria.

La valutazione del bisogno e la modalità di erogazione del servizio sono descritte in protocolli dedicati.

Il servizio è pianificato mediante l'emissione di un PPI dal quale discende il PTI, le prestazioni da erogare e il monitoraggio o verifica del raggiungimento degli obiettivi.

La chiusura del PTI può avvenire per interruzione volontaria da parte dell'utente o per conclusione del progetto terapeutico.

##### La validazione processi di produzione e di erogazione di servizi

La validazione del processo di erogazione avviene indirettamente con il riscontro del rispetto dei tempi di attesa e delle modalità di gestione dei processi attraverso la rilevazione di indicatori specifici. In fase del riesame, è valutata la capacità dei processi di soddisfare i bisogni e i requisiti del cliente. La validazione del servizio erogato è anche assicurata dai piani di formazione degli operatori.

L'UO SERD eroga le proprie prestazioni sulla base di linee guida validate dalla letteratura scientifica, dai protocolli medici diagnostico-terapeutici e infermieristici.

##### L'identificazione e rintracciabilità

L'identificazione e la rintracciabilità del paziente e del servizio sono assicurati attraverso la compilazione della cartella ambulatoriale nella quale sono specificati l'identità, dati anagrafici dello stesso e il numero progressivo, che è mantenuto fisso nel tempo per tutti gli interventi cui il soggetto è sottoposto.

La cartella ambulatoriale contiene di norma:

- la documentazione relativa a prescrizioni dell'autorità giudiziaria (in caso di accesso obbligato)
- la scheda anagrafica
- il modulo di consenso informato
- il diario
- l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili
- il profilo dei bisogni percepiti
- la scala di valutazione sociale
- pianificazione obiettivo specifico (educatore professionale)
- andamento di obiettivo specifico
- anamnesi psicologica
- anamnesi medica ed esame obiettivo
- la scala di valutazione della sindrome di astinenza secondo Wang
- altre documentazioni e comunicazioni.

La cartella ambulatoriale è conservata nel locale adibito ad archivio per tutta la durata del trattamento e quindi archiviata a cura del personale del Servizio, presso l'archivio generale dell'azienda per un tempo illimitato.

La cartella ambulatoriale informatizzata è gestita secondo le indicazioni segnalate nel PT SERD 001 "Accesso al Servizio Dipendenze".

La rintracciabilità degli operatori avviene :

1. per la gestione della cartella ambulatoriale informatizzata attraverso l'uso di password individuali, assegnate da RUO, per accedere al software;
2. per la documentazione cartacea attraverso la firma per esteso dell'operatore che l'ha redatta.

## Gestione progetti disabili

Il Piano Socio Sanitario Regionale come strumento di programmazione “unico ed integrato”, orienta ad una metodologia gestionale “...che vede nel cittadino il punto di riferimento di tutta l’azione organizzativa...”, anzi, ne fa di questo il punto di forza del sistema.

Gli Enti erogatori di servizi socio-sanitari, attraverso i tre passaggi dell’autorizzazione, accreditamento e contratto, erogano tramite l’ASL per conto della Regione Lombardia servizi di qualità ai cittadini fragili in una logica di assoluta uguaglianza di opportunità, di trattamento e di libera scelta del cittadino.

Nel territorio dell’ASL di Vallecamonica-Sebino, è stato istituito il Centro Unico di Prenotazione (CUP) per rispondere alle esigenze di gestire al meglio le richieste di ammissione in CDD-CSS, sulla base di un Regolamento che si fonda su due presupposti fondamentali:

- La valutazione di tutte le domande garantita dall’Unità di Valutazione Multidimensionale Handicap (UVM-H) che applicando una metodologia e scale di valutazione esplicite e condivise, assicura scientificità, omogeneità, ripetitività e trasparenza di valutazione.
- Regole comuni e trasparenti condivise da tutte le CSS e i CDD nell’organizzazione e gestione delle liste d’attesa.

### Contesto territoriale

Nel territorio dell’ASL di Vallecamonica Sebino che si distribuisce per una estensione longitudinale di circa 85 Km., sono presenti n° 42 Comuni prevalentemente di piccole dimensioni, per una popolazione totale di 98.405 abitanti. Sul territorio sono attualmente presenti due CSS e quattro CDD. Il Regolamento deve quindi tenere conto di questa realtà offrendo per quanto possibile omogeneità di servizio sull’intero territorio.

Il CUP risponde principalmente all’esigenza

#### 1) **dei cittadini di avere:**

- un’unica porta di accesso al bisogno di inserimento in struttura protetta,
- informazioni corrette sulla rete dei Servizi presenti nel territorio,
- valutazione del loro bisogno ed individuazione della soluzione più confacente,
- regole comuni, generali ed esplicitate a salvaguardia della parità di diritti.

#### 2) **degli enti gestori dei CDD e CSS di avere:**

- collaborazione di operatori qualificati nel vaglio e gestione della richiesta,
- potenziamento e visibilità della singola strutture all’interno della rete dei servizi,

#### 3) **dell’ASL di**

- conoscere il bisogno e la domanda del territorio,
- verificare la presenza dei requisiti richiesti dalla tipologia del Servizio (non autosufficienza),
- equilibrio nell’accesso ai servizi socio-sanitari distribuendo il bisogno sull’intera rete esistente,
- rispondere alle esigenze di emergenza sanitaria e sociale,
- garantire la risposta al bisogno a tutti i cittadini secondo regole esplicite e condivise.

Lo Sportello Informativo e di Orientamento è il Servizio che si occupa della prima accoglienza, valuta il bisogno e dà indicazioni sull’offerta dei servizi presenti sul territorio, delle modalità di accesso e dell’accompagnamento dell’utente nel comprendere procedure e contatti.

Lo Sportello è formato dal personale Amministrativo, dalle Assistenti Sociali e dalla psicologa del Servizio Anziani-Disabili.

Ha lo scopo di facilitare i cittadini che richiedono l’accesso ai servizi socio sanitari residenziali e semi residenziali, svolgendo funzioni di informazione, segretariato sociale, indirizzo e orientamento della domanda.

Il Personale amministrativo svolge attività di Front-office: si occupa di una prima accoglienza e da indicazioni sulle procedure e sui percorsi organizzativo, consegna ed aiuta nella compilazione della modulistica.

Le assistenti sociali dell'Asl e la psicologa valutano il bisogno e orientano il cittadino verso il servizio adeguato (vedi schema di processo).

L'UVM-H è un organismo dell'Azienda Sanitaria Locale che afferisce al Dipartimento per le Attività Socio-Sanitarie Integrate (ASSI), U.O.S. Servizio Anziani-Disabili.

E' costituito da una équipe multidisciplinare e si pone l'obiettivo di garantire l'integrazione tra i servizi socio-assistenziali e quelli sanitari nonché tra gli interventi di primo livello e quelli specialistici.

L'UVM-H è quindi uno strumento per la valutazione globale del singolo caso e la definizione del programma preventivo, curativo e riabilitativo diretto a garantire la continuità terapeutica ed assistenziale necessaria alla persona disabile in situazione di fragilità.

L'UVM-H è l'organo di governo per l'accesso ai servizi a valenza socio-sanitaria, quindi ha competenza quando sia richiesto l'accesso a servizi quali:

- Centro Diurno per persone con disabilità (CDD)
- Comunità alloggio socio sanitaria per persone con disabilità (CSS)
- Residenza Sanitario Assistenziali per persone con disabilità (RSD)

Nel rispetto della libertà di scelta del cittadino, lo orienta ai differenti servizi socio-sanitari domiciliari, semi residenziali, residenziali, e/o a prestazioni di altra natura.

L'UVM-H ed il CUP hanno le seguenti **finalità**:

Garantire ai potenziali utenti trasparenza, uguaglianza, tempestività nell'accesso ai servizi socio-sanitari integrati;

Favorire la libera scelta del cittadino e tutelare l'utente del servizio.

Ed i seguenti **obiettivi**:

- Ottimizzare le risorse offerte dalle strutture residenziali o diurne che accolgono persone disabili con compromissione dell'autosufficienza, in modo che queste siano sempre più rispondenti alla domanda emergente dal territorio con particolare riguardo alla:
  - Evasione "razionalizzata" della richiesta degli utenti in una logica di integrazione e di valutazione multidimensionale;
  - Valorizzazione delle potenzialità e delle specificità delle strutture ospitanti.
- Costruire e gestire le informazioni utili, valide e funzionali all'attività, alla conoscenza, all'evoluzione, alla tipologia e all'entità del bisogno soddisfatto e non soddisfatto in relazione ai servizi sanitari-assistenziali.

L'UVM-H, è composta dalle seguenti figure professionali:

- Medico Fisiatra
- Infermiera professionale
- Assistente Sociale
- Psicologo

Su richiesta dell'interessato o chi per esso, può partecipare all'UVM-H il Medico di Famiglia che ha compilato la Scheda Sanitaria.

L'UVM-H è l'organo di governo per l'accesso ai posti autorizzati ed accreditati presso le strutture socio sanitarie per persone disabili, CDD, CSS e RSD; ha il compito di valutare l'adeguatezza del servizio richiesto.

L'UVM-H:

1. avvia un'indagine sanitario, ovvero valuta la documentazione sanitaria agli atti, compilata dal medico di medicina generale o da specialista;
2. svolge un'indagine sociale acquisendo la documentazione trasmessa dai servizi sociali dei Comuni. Qualora la documentazione agli atti non sia sufficiente per una valutazione, le assistenti sociali dell'UVM-H provvederanno a raccogliere le ulteriori informazioni.
  3. valuta la domanda di ammissione
  4. invia al C.U.P. la "Scheda Utente" e gli eventuali aggiornamenti;
  5. invia alla struttura erogatrice scelta dall'utente la domanda corredata, la documentazione socio-sanitaria e gli aggiornamenti dell'eventuale lista d'attesa,
  6. si attiva per garantire tutti gli interventi necessari, in attesa dell'inserimento nel servizio idoneo.

L'UVM-H si riunisce con cadenza utile all'esame delle richieste presentate. Per ogni seduta viene compilato un verbale.

## **TIPOLOGIE DI SERVIZI GARANTITI DALLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE**

Le tipologie di servizi sono :

il Centro Diurno per persone con disabilità (CDD) DGR 18334 del 23.07.2004; persone disabili gravi dipendenti da qualsiasi causa, la cui fragilità è compresa nelle cinque classi della Scheda Individuale Disabile (SIDi), di età superiore ai 18 anni e, di norma, sino ai 65. Le persone disabili possono essere sole o con famiglie non in grado di assolvere in forma continuativa al carico assistenziale. Il CDD è una struttura semiresidenziale socio sanitaria che garantisce prestazioni socio sanitarie ad elevato grado di integrazione, attività di riabilitazione, attività di socio riabilitazione ed attività educative. Le prestazioni sono erogate sulla scorta di un Progetto Individualizzato che coinvolge la famiglia. Il CDD garantisce un'apertura per almeno 35 ore settimanali, per un minimo di 47 settimane annue. L'obiettivo del CDD è quello di supportare la famiglia della persona disabile nella gestione dello stesso al fine di evitare o ritardare l'istituzionalizzazione. Attualmente sul territorio sono presenti quattro strutture di questo tipo, a Edolo, Breno, Darfo e Malegno;

la Comunità alloggio socio sanitaria per persone con disabilità (CSS) DGR 18333 del 23/07/2004; persone adulte anche con grave disabilità prive di sostegno familiare e che scelgono come dimora abituale la CSS. La comunità eroga prestazioni socio sanitarie acquistate dall'utente sulla scorta dell'assegnazione di un voucher di lungoassistenza, diversificato per complessità di intervento ed in base alla classificazione del beneficiario nelle 5 classi definite dallo strumento SIDi. Per l'ospite della CSS rimane possibile l'accesso ad altre unità d'offerta semiresidenziali del sistema socio-sanitario o del sistema sociale. Sul territorio sono attualmente presenti due strutture di questo tipo, ovvero a Edolo e Breno;

la Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con disabilità (RSD) DGR 12620 del 07/04/2003; persone con disabilità molto grave che necessitano di interventi socio sanitari assicurati dalla RSD. In coerenza alle caratteristiche della classe di appartenenza (Strumento SIDi) dell'ospite, la RSD eroga prestazioni ad elevato grado di integrazione sanitaria, riabilitazione di mantenimento, residenzialità anche permanente, programmi individualizzati, coinvolgimento delle famiglie. Per questo sistema si fa riferimento alle strutture accreditate presso le ASL Lombarde, non essendo presenti presso questa ASL.

## PROCEDURE PER LA RICHIESTA DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI

La richiesta di inserimento in CDD, CSS e RSD, può essere presentata o direttamente presso la Segreteria del Servizio Anziani-Disabili dell'A.S.L. o, presso il comune di residenza o in alternativa all'ente erogatore. In ogni caso va inoltrata su apposita modulistica (Mod. 01), corredata dalla documentazione che certifica lo stato di bisogno sanitario -assistenziale, e consegnata alla Segreteria del Servizio Anziani-Disabili;

La segreteria provvede ad avviare l'istruttoria della pratica segnalando il nominativo agli operatori competenti.

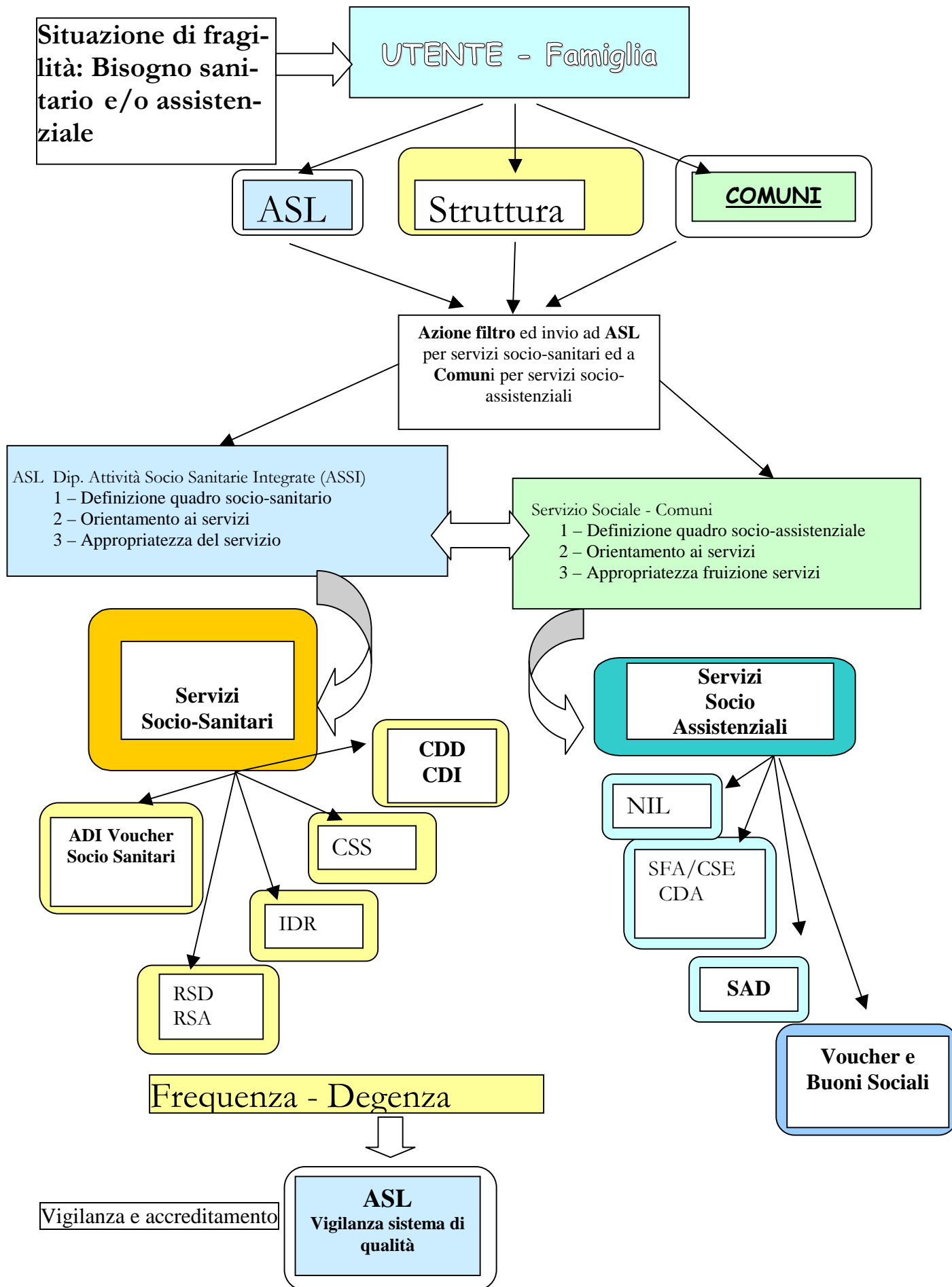
L'UVM-H sulla scorta dell'analisi del bisogno orienta rispondendo nel modo più appropriato ai bisogni di cura ed assistenza del cittadino fragile;

A tal fine

1. Prende atto delle informazioni contenute nella richiesta di inserimento (Mod.01);
2. Ricepisce un'istruttoria sanitaria coinvolgendo il medico di famiglia che ne compila la scheda sanitaria (Mod.06);
3. Si avvale dell'istruttoria sociale eseguita dall'assistente sociale del comune o del Servizio specialistico di riferimento mediante scheda sociale (Mod. 07);
4. Valuta la necessità di raccolta di ulteriori elementi anamnestici;
5. Entro 15 gg. dalla valutazione socio-sanitarie, invia al richiedente comunicazione formale scritta relativa alla conferma di idoneità e appropriatezza per l' ammissione per i servizi a valenza sanitaria e fornisce tutte le informazioni e gli indirizzi necessari per la scelta ed attivazione del servizio. Qualora non consideri appropriato il servizio indicato riorienta l'utente al servizio socio-sanitario o socio-assistenziale più idoneo a rispondere ai bisogni del cittadino richiedente (come da Schema di Processo)
6. Invia alle strutture erogatrici copia della richiesta e copia della documentazione sanitario-assistenziale, necessaria per la presa in carico alla data dell' inserimento alla struttura d'accoglienza;
7. Compila un Verbale Istruttoria (Mod. 04)

In caso di assenza di lista d'attesa presso la struttura scelta, l'ente può accogliere da subito l'utente che ha inoltrato richiesta. In presenza di lista d'attesa l'UVM-H sarà tenuto ad assegnare un punteggio in base a criteri di valutazione prestabiliti per inserire l'utente in una graduatoria di accesso al servizio.

**6. SCHEMA DI PROCESSO**



In linea con le indicazioni del Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009, che prevede una trasformazione organizzativa delle A.S.L., con il progressivo passaggio dalla funzione di erogazione di Servizi a quella di Programmazione, Acquisto e Controllo (P.A.C.), l'attività di vigilanza e controllo, pur attribuita ad un servizio specifico, è in realtà articolata e diffusa trasversalmente su tutti i Servizi e gli Uffici del Dipartimento A.S.S.I.

Ciò è stato reso necessario dal punto di vista tecnico ed organizzativo al fine di specializzare e coordinare le varie competenze richieste dalla programmazione e dalle direttive regionali.

L'attività di vigilanza è infatti una competenza sempre più impegnativa, complessa ed articolata in diversi aspetti, che possono comunque essere ricondotti a due principali momenti operativi: vigilanza e controllo.

1. L'attività di vigilanza attiene alla verifica del mantenimento da parte delle strutture dei requisiti per l'autorizzazione al funzionamento, per l'accreditamento e dell'attuazione dei Piani programma di adeguamento. I contenuti specifici oggetto dell'attività di vigilanza, rivolta alle varie unità d'offerta, sono sostanzialmente riconducibili a tre aspetti:
  - a. un primo aspetto comprende la verifica dei requisiti strutturali e igienico/sanitari, fissati da leggi nazionali, regionali e da norme e regolamenti locali:
    - nell'espletamento delle procedure ispettive l'Ufficio di Vigilanza provvede ad acquisire dalle singole strutture, la documentazione e le certificazioni necessarie previste dalle normative citate, atte a garantire la sicurezza e la tutela degli ospiti e degli operatori.
    - i sopralluoghi e le visite ispettive sono finalizzati ad una verifica diretta delle condizioni strutturali e igienico sanitarie in atto, con l'eventuale emissione di prescrizioni vincolanti e/o indicazioni/suggerimenti per l'adeguamento delle situazioni carenti riscontrate.
  - b. un secondo aspetto, concerne l'accertamento dei requisiti organizzativi/gestionali, prescritti inizialmente dal precedente piano socio-assistenziale ed aggiornati successivamente dalla evoluzione della programmazione regionale:
    - considerata la condizione di particolare fragilità e dipendenza dell'individuo che fa ricorso ai Servizi sociosanitari, è evidente la necessità di garantire la qualità delle prestazioni erogate, verificando la dotazione organica di personale, i relativi requisiti formativi, l'adeguatezza della programmazione e organizzazione delle attività e degli interventi attuati;
    - l'acquisizione di carte dei servizi, regolamenti, linee guida, protocolli diagnostici, terapeutici e riabilitativi, piani di assistenza individualizzati, strumenti di misurazione della "customer satisfaction", oltre ovviamente a periodici sopralluoghi durante le fasi di attività della struttura, costituiscono alcuni degli strumenti fondamentali per la verifica del livello di trasparenza e di capacità del singolo servizio ad esplicare le sue funzioni;
  - c. un terzo aspetto investe la verifica degli aspetti di carattere più specificamente istituzionale/amministrativo, finalizzata al controllo sugli atti giuridici fondamentali e sulle attività amministrative in generale delle strutture:

- non ci si riferisce in questo caso solo alla correttezza nella rendicontazione economica delle prestazioni erogate, ma ad aspetti di carattere più complessivo, peraltro rimessi in particolar modo in gioco dalla riforma in atto della stessa natura giuridica delle I.P.A.B.;
- pur nel rispetto della peculiare autonomia statutaria/organizzativa, l'attività di vigilanza amministrativa investe infatti la dinamica degli atti fondamentali di tali istituzioni, la verifica della corretta attuazione degli statuti o della regolare composizione e insediamento dei relativi organi di amministrazione;
- comporta l'acquisizione di documentazione relativa agli atti amministrativi fondamentali, quali Statuti, delibere di nomina degli amministratori, relazioni complessive sull'attività svolta, etc.

2. L'attività di controllo attiene alla verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e della loro corretta classificazione, ed in specifico:

- a. dell'assolvimento del Debito Informativo;
- b. dei dati sulla gestione amministrativa contabile (fatturazione);
- c. dell'importo della tariffa corrispondente alla classe/tipologia dell'ospite;
- d. delle rette praticate e delle modalità di concorso degli utenti al costo del servizio;
- e. della tipologia degli utenti e dell'eventuale presenza di liste d'attesa;
- f. dei modelli di rendicontazione trimestrale riepilogativi di tutti i servizi.

Per l'espletamento delle attività di vigilanza e controllo è costituita un'équipe multidisciplinare, che comprende tutte le necessarie competenze professionali: sociali, sanitarie, tecniche, amministrative e programmatiche.

Gli operatori dell'équipe provengono dagli Uffici e Servizi del Dipartimento A.S.S.I., che concorrono per competenza all'espletamento delle varie funzioni previste: Servizio Vigilanza e Accreditamento, Servizio Anziani-Disabili, Servizio Famiglia-Infanzia ed Età evolutiva, Servizio Dipendenze, Ufficio Programmazione e Ufficio Controllo Economico Finanziario.

A supporto dell'équipe di vigilanza e controllo è stata istituita, con decreto A.S.L. n. 314 del 20.3.2003, un'apposita Commissione di Vigilanza (costituita da operatori che provengono dal Servizio Vigilanza e Accreditamento, dal Dipartimento di Prevenzione per gli aspetti igienico-sanitari, tecnico impiantistici e di medicina del lavoro, e dagli altri Servizi del Dipartimento A.S.S.I.).

La composizione dell'équipe è articolata con modalità specifiche a seconda della tipologia della struttura, della natura giuridica dell'ente gestore e dei contenuti sottoposti a verifica.

Il personale appartenente all'équipe è inoltre scelto di volta in volta tra gli operatori che non hanno rapporti professionali diretti con la singola struttura oggetto della vigilanza, onde evitare rischi di incompatibilità con le competenze assunte.

Lo svolgimento dell'attività prevede una fase preliminare di programmazione e una di effettuazione delle verifiche, entrambe articolate in modo differenziato a seconda della tipologia della struttura accreditata, delle caratteristiche e della complessità degli interventi di vigilanza e controllo previsti e attuati.

La tempistica delle attività di controllo e di vigilanza viene riportata per ogni singola tipologia di unità d'offerta e complessivamente nel cronogramma finale. Oltre a tali controlli è prevista, in base alle normative regionali, una verifica del mantenimento dei vari requisiti entro 90 giorni dal provvedimento di accreditamento di ogni singola struttura. Trimestralmente viene trasmesso ai competenti Uffici Regionali un prospetto analitico delle visite ispettive effettuate presso le varie unità d'offerta accreditate.

Per ogni singolo settore è specificato il quadro degli interventi, la composizione dell'équipe di Vigilanza e Controllo, l'attività di Vigilanza, le singole attività di Controllo, gli strumenti dell'attività di vigilanza e controllo e la tempistica prevista.

## **Strumenti organizzativi dell'attività di vigilanza:**

Nella presentazione di alcuni strumenti adottati, compatibilmente con le risorse attualmente disponibili, per svolgere più adeguatamente le competenze d'ufficio e per contribuire ad una crescita complessiva e qualitativa della rete dei servizi sociosanitari, appare prioritario precisare le scelte organizzative e le modalità lavorative alla base dei singoli interventi effettuati.

Il primo strumento fondamentale può essere individuato nella riorganizzazione attuata rispetto alla composizione della Commissione di Vigilanza, completata dalla presenza e partecipazione:

- di un Medico igienista del Dipartimento di Prevenzione, esperto per gli aspetti igienici e sanitari, con un ruolo di riferimento centrale nel settore per consentire uniformità e omogeneità di valutazione delle singole situazioni su tutto il territorio;
- di un Architetto, professionista consulente per gli aspetti tecnici e strutturali;
- dei singoli Responsabili di area del Dipartimento A.S.S.I., in base alla tipologia delle strutture interessate, durante le fasi di programmazione e di effettuazione delle visite ispettive;
- di altre figure professionali a carattere specialistico (ad esempio il Geriatra), in presenza di specifiche esigenze tecniche e operative.

La Commissione stessa è presieduta dal Direttore Sociale, dal Responsabile del Servizio Vigilanza e Accreditamento- che la coordina su delega del medesimo -, ed è stabilmente e tecnicamente supportata dall'Amministrativo di tale Servizio.

Di fronte alla rilevanza, complessità, multidisciplinarietà e tecnicità delle funzioni e delle competenze richieste dal settore, peraltro in costante evoluzione, la metodologia di approccio all'intervento/i è rappresentata da un continuo confronto e lavoro d'équipe, in cui confluiscono le diverse e specifiche professionalità, in una logica di costante integrazione, di confronto interno/esterno e di aggiornamento permanente.

La Commissione funziona pertanto essenzialmente in forma integrata e centralizzata ed opera sull'intero ambito territoriale dell'ASL, e fuori A.S.L. nei casi specificamente previsti dalla normativa regionale, effettuando sopralluoghi e visite ispettive presso le varie Unità d'Offerta socio-sanitarie e socio-assistenziali, formulando i pareri relativi all'autorizzazione al funzionamento ed all'accREDITAMENTO (recepiti in appositi decreti aziendali) ed esaminando le situazioni più complesse legate al funzionamento delle Strutture.

Il secondo strumento a carattere programmatico e operativo è rappresentato dal piano annuale dei controlli, documento elaborato in collegamento e collaborazione con la Direzione Sociale e i Responsabili degli altri Servizi del Dipartimento A.S.S.I., che illustra in forma dettagliata e articolata per ogni annualità le varie attività e interventi di vigilanza e controllo previsti e programmati in merito a tutte le tipologie della rete delle Unità d'Offerta sociosanitarie e socioassistenziali.

In tale documento sono precisati per ogni tipologia di struttura interessata: composizione dell'équipe di vigilanza e controllo, finalità e caratteristiche delle attività programmate e degli strumenti adottati, cronologia e tempi di effettuazione degli interventi.

Il terzo strumento organizzativo attivato, in linea con le finalità complessive del Servizio, è rappresentato dall'apertura programmata e sistematica, in appositi orari, di uno sportello di informazione e consulenza da parte della Commissione per Enti, Servizi, Associazioni, familiari, utenti e cittadini più in generale in merito ad aspetti di carattere tecnico/strutturale, igienico/sanitario, organizzativo/gestionale, giuridico/amministrativo, relativi a singole e specifiche situazioni delle varie Unità d'Offerta o a tematiche più generali conseguenti all'evoluzione del quadro normativo e programmatico regionale e locale.

In particolare si garantisce il supporto tecnico eventualmente richiesto per la corretta attuazione delle procedure per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITAMENTO e per l'elaborazione ed il perfezionamento dei complessi piani di adeguamento strutturale e gestionale richiesti dalle normative in materia.

Il quarto strumento può essere rappresentato dall'allestimento e aggiornamento continuo di un sistema di archiviazione della documentazione a vario titolo acquisita o prodotta dal Servizio.

Ci si riferisce in specifico :

- alla documentazione relativa alle singole strutture;
- alla normativa nazionale, regionale e locale;
- alla strumentazione interna elaborata (linee guida, procedure, protocolli, modulistica, etc.) per l'espletamento delle competenze d'ufficio;
- alla mappatura della rete delle varie Unità d'offerta sociosanitarie e socioassistenziali;
- alle rendicontazioni periodiche sull'attività complessiva del Servizio previste dal debito informativo regionale;
- alle statistiche elaborate con finalità informative o di ricerca.

La base del sistema di archiviazione è costituita dalla conservazione e organizzazione della documentazione e dei dati cartacei, su cui si viene gradualmente implementando una serie di catalogazioni ed elaborazioni di tipo informatizzato.

La costruzione e utilizzo di tale strumento rispondono da un lato ad esigenze di tipo operativo immediato, e dall'altro consentono la progressiva realizzazione di una significativa banca dati, basilare per una corretta programmazione sociosanitaria locale sia a livello complessivo che nell'ambito di specifici settori e servizi.

### **Strumenti tecnici dell'attività di vigilanza:**

Una ricognizione sintetica delle specifiche prestazioni effettuate dal Servizio di vigilanza nello svolgimento delle sue competenze può essere illustrata dal seguente elenco, non esaustivo, ma significativamente indicativo e del resto codificato nel manuale dei carichi di lavoro:

acquisizione della richiesta - contatti interni ed esterni - verifiche documentazione - riunioni di preparazione delle visite- sopralluoghi e visite ispettive - valutazioni collegiali - stesura verbali - comunicazioni e prescrizioni - valutazioni di piani di adeguamento – delibere e produzione atti formali - verifiche periodiche e/o su segnalazione sul mantenimento dei requisiti e sul funzionamento – consulenze agli enti gestori – ricerche su indicatori, progetti e sperimentazioni di qualità – monitoraggio periodico dei servizi esistenti e valutazioni del fabbisogno zonale.

All'interno di questa rassegna, che nella sua scansione di fatto costituisce anche l'iter procedurale delle attività del servizio, si possono individuare tre strumenti operativi fondamentali :

- L'acquisizione e implementazione della documentazione e delle certificazioni dei requisiti tecnico/strutturali, organizzativo/gestionali e giuridico/amministrativi richiesti alle singole unità d'offerta per l'espletamento e l'erogazione dei loro servizi.
- La congrua e diretta effettuazione di sopralluoghi e visite ispettive presso le varie strutture per una verifica in loco della effettiva corrispondenza dei dati dichiarati e certificati, la rilevazione di eventuali anomalie o disfunzionalità e la valutazione delle livelli qualitativi garantiti. La programmazione annuale dello svolgimento dell'attività di vigilanza prevede l'effettuazione di almeno un sopralluogo o visita ispettiva di base a ciascuna struttura presente sul territorio, con particolare riferimento alle unità d'offerta accreditate e con contratto stipulato con l'A.S.L.
- Altro strumento tecnico e amministrativo fondamentale dell'attività è rappresentato dal verbale della visita di vigilanza, redatto su apposito schema predisposto dal Servizio in base alla tipologia di unità d'offerta interessata, stilato per ogni singolo sopralluogo, formalizzato con specifico provvedimento e trasmesso per competenza o per conoscenza agli Enti a vario titolo interessati. Oltre ai riscontri relativi al rispetto dei singoli standard prescritti dalle normative vi sono riportate le espressioni di parere previste, le eventuali annotazioni e prescrizioni per gli adeguamenti richiesti agli Enti gestori. Vista la collegialità della metodologia d'intervento generalmente attuata, il verbale viene regolarmente firmato per competenza da tutti i componenti dell'équipe che ha effettuato il sopralluogo.

I settori interessati sono:

✓ PER QUANTO RIGUARDA L'AREA SOCIO SANITARIA:

- I Consultori Familiari presenti sul territorio dell'A.S.L. di Vallecamonica-Sebino
- I Consultori Familiari pubblici presenti sul territorio dell'A.S.L. di Brescia
- I Servizi Dipendenze presenti sul territorio dell' A.S.L. di Vallecamonica articolati in strutture ambulatoriali, le strutture residenziali
- I Servizi dipendenze pubblici presenti sul territorio dell'A.S.L. di Brescia;
- I Servizi Socio-Sanitari per Disabili (Centri Diurni per Disabili - Comunità alloggio Socio Sanitarie per persone con disabilità - Istituti di Riabilitazione)
- Le Residenze Sanitario Assistenziali per Anziani
- I Centri Diurni Integrati
- Il Voucher Socio Sanitario

✓ PER QUANTO RIGUARDA L'AREA SOCIO ASSISTENZIALE:

Le Comunità alloggio per adulti, minori, disabili

I Centri pi pronto intervento

Gli Asili Nido e i Nidi Famiglia

I Centri di Aggregazione Giovanile

I Centri Ricreativi Diurni

Le Case di Vacanza per minori

I Centri Socio Educativi

I Centri Diurni per Anziani

## L'ANALISI DEL RISCHIO:

L'analisi del rischio di tutte le procedure sopra descritte, è strutturata, come già illustrato in premessa, in modo trasversale rispetto alle procedure stesse. Sono state identificate, infatti, una serie di “famiglie di rischi” comuni e trasversali alle procedure.

### Analisi dei potenziali rischi

#### **Sfera privata del personale:**

Possibili interferenze possono essere determinate dall'esistenza di relazioni di parentela o di vicinanza dell'operatore nei confronti della persona o del nucleo familiare sul quale va effettuata la presa in carico su disposizione dell'Autorità Giudiziaria.

Tali condizioni determinano da parte dell'operatore difficoltà ad entrare in una relazione professionale che consenta obiettività nella fase di indagine e valutazione e nella fase d' intervento, ed eviti omissioni o tendenza a sottovalutare gli elementi emersi.

Inoltre può verificarsi, da parte dell'utente che abbia relazione di parentela o conoscenza, la difficoltà ad esprimere i propri vissuti oppure il tentativo di avvantaggiarsi della conoscenza con l'operatore per ottenere, facendo leva sulla conoscenza personale, una maggiore tolleranza rispetto a comportamenti normalmente ritenuti gravi e da segnalare all'Autorità giudiziaria.

Il dipartimento ASSI, attraverso i focus groups e la valutazione delle informazioni sulle serie storiche in proprio possesso e relative alla tipologia di rischio in esame ha definito bassa la probabilità che gli eventi possano verificarsi e medio il danno, la sua entità sia dal punto di vista economico che di immagine

<b>Probabilità DANNO</b>	<b>Bassa</b>	<b>Media</b>	<b>Alta</b>
<b>ALTO</b>			
<b>MEDIO</b>	<b>Rischio accettabile</b>		
<b>BASSO</b>			

#### Come evitare il rischio:

**Tramite una puntuale definizione di una serie di regole interne del servizio che escluda la presa in carico di qualsiasi utente che abbia già conoscenza diretta dell'operatore.**

#### **Rischio burn-out:**

1) Il rischio è particolarmente elevato per tutto il personale che ha a che fare con utenti quali i minori e persone affette da patologie da dipendenza (alcool, stupefacenti), per la complessità delle situazioni, per la responsabilità decisionale che tali situazioni richiedono oltre che per il coinvolgimento emotivo della sofferenza riscontrata nell'ambito familiare e in particolare nei minori in carico a causa:

- ✓ della gravità degli eventi collegati agli utenti (ad es. i maltrattamenti subiti dai minori);
- ✓ delle situazioni di possibile abuso sessuale intra familiare che attivano sentimenti conflittuali nei confronti degli abusanti;
- ✓ dell'urgenza di intervenire per trovare soluzioni alternative..

2) Il rischio può verificarsi in situazioni in cui un operatore, in particolare di nuova nomina, si inserisca in équipes costituite da componenti che operano da molto tempo insieme e che faticano ad accettare cambiamenti.

- 3) esiste inoltre un elevato rischio di burn-out anche nelle attività di vigilanza ed in particolare:
- ✓ per il personale interno, la discontinuità e parzialità di presenza del personale di supporto amministrativo possono compromettere la continuità e funzionalità del lavoro avviato, con concomitanti rischi di demotivazione e vissuti di marginalità degli operatori rispetto al funzionamento del servizio nella sua globalità;
  - ✓ per gli interlocutori esterni il burn-out, manifesto o latente, dello staff dirigenziale, dell'équipe multi-disciplinare o dell'organizzazione complessiva di alcune unità d'offerta può rendere difficoltosi sia il reperimento della documentazione che l'espletamento routinario delle procedure previste dalle competenze d'ufficio del Servizio Vigilanza.
- 4) esiste una possibilità di rischio per gli operatori, che unitamente a caratteristiche personali, vivono con difficoltà la trasformazione del servizio ed in modo specifico la modifica del ruolo professionale.

Il dipartimento ASSI, attraverso i focus groups e la valutazione delle informazioni sulle serie storiche in proprio possesso e relative alla tipologia di rischio in esame, ha definito bassa la probabilità che gli eventi possano verificarsi medio il danno, la sua entità sia dal punto di vista economico che di immagine.

<b>Probabilità DANNO</b>	<b>Bassa</b>	<b>Media</b>	<b>Alta</b>
<b>ALTO</b>			
<b>MEDIO</b>	<b>Rischio accettabile</b>		
<b>BASSO</b>			

#### **Come evitare il rischio:**

- 1) - **prevedere che le decisioni in merito alle situazioni siano prese all'interno dell'équipe psico-sociale e delle équipes delle dipendenze e facciano seguito ad un'azione scrupolosa e approfondita di indagine sulla situazione;**
  - **prevedere la possibilità di un confronto all'interno di gruppi di supervisione.**
- 2) - **definire le procedure previste per le varie attività consultoriali e di supporto agli utenti affetti da problematiche relative alla dipendenza, prevedendo nello specifico le competenze delle diverse professionalità (psicologo - assistente sociale - amministrativo);**
  - **consegnare ad ogni nuovo operatore copia della documentazione che definisca le procedure del servizio.**
  - **Attuare dei corsi ad hoc di formazione al fine di sostenere la fase di accompagnamento dell'operatore nuovo e/o facilitarne l'inserimento lavorativo.**

#### **Sicurezza e salute del lavoratore:**

Il Gruppo ha evidenziato in tutti i servizi del Dipartimento il rischio concreto del verificarsi di azioni aggressive e/o violente da parte dell'utente nei confronti degli operatori.

Inoltre sono stati riscontrati possibili rischi determinati dal carico di lavoro, dagli sforzi di adattamento a nuovi compiti e funzioni e dal superamento di stili e modalità operative non più funzionali alle nuove necessità aziendali, nei confronti degli stessi operatori.

La conseguenza di tali rischi può sfociare in possibili ricadute sullo stato psicofisico del dipendente con serie ripercussioni sullo stesso clima lavorativo.

Il dipartimento ASSI, attraverso i focus groups e la valutazione delle informazioni sulle serie storiche in proprio possesso e relative alla tipologia di rischio in esame ha definito come alta la probabilità che gli eventi possano verificarsi e media l'entità del danno sia dal punto di vista economico che di immagine

<b>Probabilità DANNO</b>	<b>Bassa</b>	<b>Media</b>	<b>Alta</b>
<b>ALTO</b>			
<b>MEDIO</b>			<b>Rischio Critico</b>
<b>BASSO</b>			

### **Come evitare il rischio:**

- **l'operatore deve garantire una corretta informazione rispetto alle competenze/responsabilità del Servizio in relazione alla normativa in materia ed alle disposizioni dell'Autorità giudiziaria sullo specifico caso;**
- **l'operatore deve informare l'utente rispetto a ciò che il servizio rileva, valuta e propone all'Autorità Giudiziaria riguardo al nucleo familiare o all'utente singolo, nell'ambito delle proprie competenze;**
- **ogni comunicazione all'utente ed ogni azione del servizio deve essere sempre improntata al rispetto della persona e dei suoi diritti;**
- **le relazioni psico-sociali indirizzate all'autorità giudiziaria devono contenere la descrizione di fatti accaduti ovvero dichiarazioni dell'utente; gli elementi e le valutazioni circa la situazione sociale o psicologica devono essere raccolti tramite l'uso di tecniche professionali aventi validità legale; non deve trovare spazio nei documenti del servizio l'interpretazione non documentata di fatti accaduti o di dichiarazioni dell'utente.**

### **Tutela Privacy e segreto professionale**

- ✓ La gestione continua dei dati sensibili degli utenti comporta il rischio di utilizzo parziale o non sempre scrupoloso degli accorgimenti necessari a tutelare i dati stessi nei contatti interni ed esterni all'ASL, nella gestione informatica dei dati, nella registrazione in cartella, nelle riunioni di Consultorio, nelle riunioni di equipe per lo studio e l'analisi dei casi di dipendenza o nella supervisione del lavoro dei tirocinanti psicologi o assistenti sociali.
- ✓ criticità se l'operatore non si attiene a quanto previsto in nella procedura per la sicurezza dei dati previsto nel protocollo delle dipendenze per il rispetto della privacy e se il CED non tiene sotto stretto controllo le password.
- ✓ L'accesso al Consultorio e il contenuto dei colloqui o delle consulenze sono soggetti al segreto professionale anche nei confronti di familiari dell'utente, salvo i casi di tutela minorile quando sia necessario coinvolgere l'intero nucleo familiare o la rete parentale nella situazione del minore ovvero situazioni in cui la persona necessita di assistenza o sostegno da parte dei congiunti e non sia al momento in grado di farne richiesta.
- ✓ Il costante accesso a dati sensibili, personali o di rilevanza istituzionale, determinato dalla stessa natura dell'attività di vigilanza, può a tratti determinare una sottovalutazione della necessità di attuare in ogni fase dell'attività lavorativa procedure che garantiscano il rispetto della privacy, con conseguenti rischi di violazione degli obblighi connessi a tale aspetto, sia da parte degli operatori del Servizio Vigilanza, che di collaboratori esterni.

Il dipartimento ASSI, attraverso i focus groups e la valutazione delle informazioni sulle serie storiche in proprio possesso e relative alla tipologia di rischio in esame ha definito Media la probabilità che gli eventi possano verificarsi. Medio il danno, la sua entità sia dal punto di vista economico che di immagine

<b>Probabilità DANNO</b>	<b>Bassa</b>	<b>Media</b>	<b>Alta</b>
<b>ALTO</b>			
<b>MEDIO</b>		<b>Rischio rilevante</b>	
<b>BASSO</b>			

#### **Come evitare il rischio:**

- evitare la cessione a chiunque della propria password di accesso al sistema informatico di raccolta dati ed al sistema intranet;
- usare accorgimenti di protezione dati nel trasferimento di cartelle tra gli uffici, durante i colloqui, evitando inoltre di lasciare visibili appunti con i nomi delle persone; evitare di nominare l'utente al telefono, ancor più in presenza di utenti; orientare lo schermo del pc in modo da impedire la lettura dei documenti aperti alle persone che accedono all'ufficio;
- l'informazione a terzi, anche familiari dell'utente, salvo le situazioni che richiedano un intervento urgente o diretto a persone temporaneamente incapaci, è consentita solo previa autorizzazione sottoscritta dall'interessato.

#### **Qualità dei dati raccolti**

Può accadere che gli operatori, per mancata comprensione o condivisione degli obiettivi della rilevazione, raccolgano i dati richiesti con modalità improprie o comunque diverse da quelle definite, impedendo di fatto una valutazione omogenea del dato raccolto e l'utilizzo corretto.

Il dipartimento ASSI, attraverso i focus groups e la valutazione delle informazioni sulle serie storiche in proprio possesso e relative alla tipologia di rischio in esame ha definito Media la probabilità che gli eventi possano verificarsi Basso il danno, la sua entità sia dal punto di vista economico che di immagine

<b>Probabilità DANNO</b>	<b>Bassa</b>	<b>Media</b>	<b>Alta</b>
<b>ALTO</b>			
<b>MEDIO</b>			
<b>BASSO</b>		<b>Rischio accettabile</b>	

#### **Come evitare il rischio:**

- ove possibile, definire congiuntamente obiettivi e strumenti di raccolta dei dati richiesti, in ogni caso esplicitare e condividere in più riunioni lo scopo e l'importanza della rilevazione, oltre all'utilizzo finale dei dati, favorendo inoltre la consapevolezza riguardo all'utilità di documentare anche statisticamente il lavoro svolto, come strumento di programmazione, monitoraggio e verifica del risultato.

#### **Equipe multidisciplinare**

L'attività consultoriale si svolge in gran parte all'interno di équipes multidisciplinari che richiedono capacità di condivisione degli obiettivi, di partecipazione alle decisioni, di assunzione di compiti e responsabilità legate alle materie istituzionali.

Del resto anche l'attività nell'area anziani e disabili, l'attività di vigilanza e l'attività di supporto agli utenti affetti da patologie della dipendenza, per la complessità e diversificazione delle competenze multi-disciplinari interessate, richiedono una costante attenzione ad integrare professionalità provenienti da ambiti diversi. Le potenzialità di tale modalità di approccio rischiano di non essere valorizzate se non adeguatamente coordinate, attraverso un lavoro d'équipe continuativo, rispettoso delle singole competenze, guidato e supportato da momenti formativi condivisi.

Tuttavia, la capacità di lavorare in équipe non è automaticamente appresa né talvolta sufficientemente acquisita nel percorso formativo dei professionisti che ne fanno parte; al contrario vi sono professionalità le quali, anche per la collocazione storica all'interno dell'ambito ospedaliero e/o specialistico, più facilmente si fondano sul rapporto con l'utente singolo e non prevedono abitualmente la condivisione, lo scambio e la programmazione delle attività con i collaboratori e in generale con i colleghi di uguale o diversa professionalità.

In generale, a tutti i componenti dell'équipe è richiesta una disponibilità e un'apertura verso gli altri componenti, la gestione di dinamiche di gruppo e di elementi organizzativi che richiedono una motivazione istituzionale ed una maturità interrelazionale di un certo livello, raggiungibile attraverso un percorso di consapevolezza di sé nelle relazioni con gli altri e di collocazione nello specifico ambito lavorativo.

Il dipartimento ASSI, attraverso i focus groups e la valutazione delle informazioni sulle serie storiche in proprio possesso e relative alla tipologia di rischio in esame ha definito media la probabilità che gli eventi possano verificarsi. Basso il danno, la sua entità sia dal punto di vista economico che di immagine

<b>Probabilità DANNO</b>	<b>Bassa</b>	<b>Media</b>	<b>Alta</b>
<b>ALTO</b>			
<b>MEDIO</b>			
<b>BASSO</b>	<b>Rischio accettabile</b>		

#### **Come evitare il rischio:**

**Un buon lavoro d'équipe è il risultato di un gruppo coeso, con funzioni e ruoli chiari, basato sul rispetto reciproco, l'esplicitazione degli obiettivi e la creazione di un clima accogliente, dove ciascuno possa esprimere compiutamente la differente competenza e professionalità, dove l'apertura mentale e la motivazione al compito facciano da guida e da supporto nella costruzione di un prodotto di gruppo che veda la partecipazione e la soddisfazione di tutti.**

**E' indispensabile pertanto che siano definiti ruoli e funzioni, che la motivazione al compito sia sostenuta dal coordinatore dell'équipe, il quale deve aver chiara la propria funzione nel fornire le informazioni necessarie a decidere nonché nel farsi garante del raccordo con gli altri livelli istituzionali, ai quali far pervenire quanto prodotto, perché il gruppo non abbia la percezione di svolgere un lavoro fine a se stesso.**

**Quindi necessita:**

- **Prevedere interventi formativi anche per gruppi;**
- **prevedere verifiche periodiche, anche attraverso documenti di sintesi, da parte del Responsabile di Servizio;**
- **prevedere nelle équipe consultoriali la turnazione nell'assunzione di compiti per facilitare la responsabilità di tutti.**