

Sommario

1.	PREMESSA	2
2.	ACRONIMI E GLOSSARIO	3
3.	CRITERI CLINICI DI ACCESSO.....	3
4.	CRITERI DI ESCLUSIONE	3
5.	CRITERI DI DIMISSIBILITÀ	4
6.	PIANO DI CURA GENERALE.....	4
6.1	MODALITÀ DI ACCESSO.....	4
6.2	INGRESSO E ACCOGLIENZA.....	4
6.3	GESTIONE CRITICITÀ.....	5
6.4	DIMISSIONE	6
7.	RIFERIMENTI.....	10

Stato delle revisioni					
Rev	Data	Modifica	Preparato	Verificato	Approvato
0	14/06/2023	Prima emissione	Responsabile Gruppo di Lavoro Elena Mariani	RQA Enrico Burato	DSS Renzo Boscaini
1	27/12/2023	1. Premessa; 2. Acronimi e Glossario; 4. Criteri clinici di accesso; 5. Criteri di dimissibilità; 6.1 Modalità di accesso; 6.3 Gestione criticità; 7 Riferimenti	Direttore del Distretto Oglio Po – Casalasco Viadanese Dr.ssa Elena Mariani Direttore Distretto Alto Mantovano Dr.ssa Maria Gloria Gandellini	RQA Enrico Burato	DSS Renzo Boscaini
2	19/02/2024	6.1 Modalità di accesso; modifica nella tabella delle attività relativamente a T _{0a} e T _{0b}	Direttore Distretto Alto Mantovano Dr.ssa Maria Gloria Gandellini Direttore Distretto Oglio Po – Casalasco Viadanese Dr.ssa Elena Mariani	RQA Dr.ssa Daniela Rastelli	DSS Dr.ssa Angela Bellani

Documento firmato elettronicamente. La copia originale del documento in stato di validità è pubblicata sul sistema informatico Taleteweb e consultabile elettronicamente da tutto il personale autorizzato.

Rev.0 GdL: Monica Carnevali, Alessandra Chiozzini, Fabrizio Squeri, Alessandro Amadini, Stefano Bernardelli
 Rev.1 GdL: Monica Carnevali, Alessandra Chiozzini, Stefania Bavera, Rosita Zuzzi
 Rev.2 GdL: Monica Carnevali, Alessandra Chiozzini, Stefania Bavera, Rosita Zuzzi, Amadini Alessandro

 Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova	PIANO DI CURA Ospedale di Comunità ASST di Mantova	PdCodCASST Rev. 2 Data 19/02/2024 Pagina 2 di 11
---	--	---

1. PREMESSA

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero; è rivolta alle persone con patologie acute di lieve entità o con patologie croniche riacutizzate che non necessitano di ricoveri in reparti per acuti ma necessitano comunque di interventi sanitari a bassa intensità clinica, potenzialmente erogabili anche a domicilio, con necessità di assistenza e sorveglianza continuativa che non può essere garantita a domicilio per carenza o inadeguatezza (strutturale e/o famigliare); si rivolge prioritariamente al bisogno degli assistiti afferenti al Distretto in cui l'OdC è ubicato.

L' OdC ha la finalità di evitare ricoveri ospedalieri potenzialmente inappropriati e di favorire dimissioni protette in luoghi idonei alla stabilizzazione clinica, al recupero funzionale e all'addestramento del degente e/o suo care-giver all'autonomia e autocura o, in caso di persone non autosufficienti e in assenza di care-giver adeguato, come ricovero in attesa di trovare un setting di cura e assistenza stabile.

Tra gli obiettivi primari del ricovero in OdC vi è il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza ed empowerment del paziente e/o famigliare alla capacità di autocura ed il riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità. È un'unità di degenza che eroga ricoveri brevi finalizzati:

- alla prevenzione di ricoveri inappropriati in degenze per acuti;
- alla stabilizzazione e all' accompagnamento del paziente verso il domicilio, o altre soluzioni di lungodegenza (RSA/RSD) al termine del ricovero in una degenza per acuti;
- all'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/caregiver, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche.

I destinatari delle degenze di comunità sono prevalentemente:

- pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- pazienti, prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, educazione ed addestramento del paziente e del caregiver prima del ritorno al domicilio;

È pertanto una struttura di ricovero breve per quei pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica.

L'OdC svolge pertanto una funzione intermedia tra la cura domiciliare e il ricovero ospedaliero.

L' obiettivo del ricovero deve essere chiaro e formalizzato nel Piano di Assistenza Individuale (PAI) formulato sulla base di una valutazione multidimensionale per definire i bisogni clinici e assistenziali, la durata del ricovero, i trattamenti e i risultati attesi; l'obiettivo del ricovero deve essere condiviso col paziente/famigliare, con il proponente del ricovero ed il responsabile dell'OdC e case-manager.

Il documento si applica a tutti gli OdC a livello aziendale.

2. ACRONIMI E GLOSSARIO

MMG	Medico Medicina Generale
OdC	Ospedale di Comunità
OSS	Operatore Socio Sanitario
PAI	Piano di Assistenza Individuale
VMD	Valutazione multidimensionale
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico
PS	Pronto Soccorso
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSD	Residenza Sanitaria per Disabili
UVM	Unità Valutativa Multidisciplinare
UCA	Unità di Continuità Assistenziale
ADL	Attività di Vita Quotidiana

3. CRITERI CLINICI DI ACCESSO

Pazienti provenienti dal domicilio in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- pazienti che, per riacutizzazione di una patologia già nota, necessitano di un periodo di monitoraggio e sorveglianza sanitaria in preparazione di un più adeguato setting domiciliare che richiede educazione ed addestramento del paziente e del caregiver nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi;
- programma di monitoraggio/trattamento individuale predisposto dal MMG/UCA o UVM;
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 o altra scala validata di valutazione di stabilità clinica);
- consenso informato del paziente.

Pazienti provenienti da struttura sanitaria per acuti o riabilitativa in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- paziente stabile, con diagnosi e programma terapeutico definiti, ma con ancora necessità di interventi sanitari a bassa intensità non erogabili a domicilio;
- assenza di instabilità clinica (NEWS2 score punteggio da 1 a 4 da almeno 72 e comunque nessuna variabile uguale a 3);
- intensità assistenziale medio-bassa o medio-alta (Indice di Intensità Assistenziale 2 o 3);
- percorso diagnostico completato;
- prognosi stimata con attesa di risoluzione del problema principale a breve termine (massimo 30 giorni);
- programma di trattamento individuale predisposto prima della dimissione;
- consenso informato del paziente;

4. CRITERI DI ESCLUSIONE

Criteri di esclusione:

- pazienti con patologie acute in atto o con patologie croniche riacutizzate non stabilizzati (scala NEWS2 ≥ 5 o uno dei parametri uguale 3);
- pazienti con diagnosi non ancora definita;
- paziente con intensità assistenziale alta Indice di Intensità Assistenziale > 3 ;
- pazienti che rientrano già nei criteri di assistenza in C-dom con setting domiciliare adeguato;
- pazienti psichiatrici non controllati dalla terapia;

 Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova	PIANO DI CURA Ospedale di Comunità ASST di Mantova	PdCOdCASST Rev. 2 Data 19/02/2024 Pagina 4 di 11
---	---	---

- pazienti per i quali sono già previsti setting specifici specializzati (come, ad esempio, le persone in stato vegetativo permanente, gli affetti da SLA, ecc.);
- presenza/persistenza di delirium all’atto dell’inizio;
- pazienti per i quali sono presenti i criteri di eleggibilità alla rete delle cure palliative;
- sono altresì esclusi ricoveri di sollievo o per motivazioni esclusivamente di natura socioeconomica;
- pazienti pediatrici.

5. CRITERI DI DIMISSIBILITÀ

- Raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAI
- Degenza < 30 giorni
- Comparsa di un quadro clinico che necessita di un reparto per acuti
- Comparsa di segni clinici che prevedono un diverso setting assistenziale

6. PIANO DI CURA GENERALE

6.1 MODALITÀ DI ACCESSO

La presa in carico dell’utente prevede la presentazione della domanda di inserimento che deve essere indirizzata al Coordinatore infermieristico dell’OdC (elenco reso disponibile dal Direttore di Distretto/ATS territorialmente competente) e può avvenire:

- dal domicilio su proposta del MMG (anche su segnalazione da parte dell’IFeC);
- da altre strutture o degenze ospedaliere su proposta dello specialista ambulatoriale o del medico ospedaliero;
- direttamente dal P.S., previo accordo con l’OdC e secondo le modalità previste;
- tramite la COT.

L’Ospedale di Comunità fornisce riscontro motivato al richiedente entro 2 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta, tramite mail. Il ricovero presso l’OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte, la degenza, documentata nel FASAS, potrà prolungarsi ulteriormente.

6.2 INGRESSO E ACCOGLIENZA

All’ingresso in Struttura il paziente è preso in carico secondo le modalità di valutazione multidimensionale, in base alla quale viene impostato il PAI (bisogni rilevati, definizione di obiettivi terapeutici ed assistenziali, programma terapeutico e assistenziale, indicatori di risultato, durata presumibile della degenza) ed è individuato un piano provvisorio di continuità assistenziale con la partecipazione del case-manager e la mediazione della COT (dimissione domiciliare, eventuali servizi da attivare, setting assistenziale più appropriato), con privilegio, in ogni caso, del rientro a domicilio e del reinserimento sociale.

Il programma terapeutico/assistenziale è tipicamente multidisciplinare/multiprofessionale, con il coinvolgimento del Team della Struttura (Medico, Infermiere, Operatori Socio Sanitari, Case manager) e previa consulenza, delle professionalità presenti in azienda (Fisioterapista, Dietista, Psicologo, Logopedista, Tutela Giuridica, Protesica integrativa), in relazione alle necessità durante il processo di cura. Ove necessario è possibile avvalersi dell’apporto dell’assistente sociale inserito nell’équipe valutazione multidimensionale della Casa di Comunità di riferimento.

L’utilizzo di queste figure è orientato a stimolare il mantenimento o recupero dell’autonomia nelle ADL.

Il programma terapeutico-assistenziale è rimodulato nel corso della degenza, nei processi e negli esiti, che sono regolarmente condivisi con il paziente ed il suo entourage socio-familiare, allo scopo di individuare i

 Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova	PIANO DI CURA Ospedale di Comunità ASST di Mantova	PdCOdCASST Rev. 2 Data 19/02/2024 Pagina 5 di 11
---	---	---

migliori percorsi, nel rispetto delle scelte individuali. I progetti di cura sono centrati sul recupero della massima autonomia funzionale, con preservazione della qualità di vita e del funzionamento sociale del paziente, sia nel corso del ricovero sia, successivamente, nel processo di continuità delle cure

La degenza in struttura assume grande rilevanza per la costruzione delle basi dell'interrelazione di Cura, pertanto, compatibilmente con le risorse disponibili, viene prestata molta attenzione agli aspetti alberghieri (comfort ed igiene degli ambienti), scelta appropriata dei "compagni" di stanza (sulla scorta di caratteristiche anagrafiche, cognitivo comportamentali, necessità assistenziali), presentazione dell'equipe assistenziale, illustrazione, al paziente ed ai familiari, dell'organizzazione e delle regole della struttura.

L'accoglienza è affidata al personale infermieristico ed OSS e si provvede, inoltre, alla compilazione del "Modulo per la privacy", documento ufficiale che informa le regole di comunicazione dei dati sensibili al paziente (o tutore o amministratore di sostegno) ed ai suoi familiari/entourage sociale.

Le ammissioni in reparto sono programmate nei giorni feriali (dal lunedì al venerdì), dalle 8.30 alle 16.00 (festivi esclusi, tranne casi esplicitamente concordati).

La prima valutazione sanitaria ed assistenziale a cura del Medico di Reparto e dell'Infermiere sono effettuate il prima possibile il giorno dell'ingresso, con contestuale redazione della cartella clinica integrata, per i rispettivi ambiti di competenza. In base alla valutazione viene poi formulato un PAI, che deve prevedere anche l'addestramento del paziente e/o caregiver al fine di favorire l'empowerment e la gestione del percorso di salute

Durante la degenza vengono effettuate:

- ✓ assistenza diretta e indiretta
- ✓ monitoraggio del quadro clinico, relativi aggiornamenti terapeutico/assistenziali ed eventuale esecuzione di indagini bioumorali e/o strumentali che si rendono necessari;
- ✓ eventuale programma riabilitativo, se previsto;
- ✓ eventuale valutazione da parte di consulenti e specialisti ospedalieri, se necessario;
- ✓ rivalutazione del piano terapeutico-assistenziale e dei bisogni individuali del paziente che coinvolgono l'intero team di cura;
- ✓ colloqui strutturati con i familiari;
- ✓ incontri educazionali rivolti ai pazienti e ai caregivers fino al raggiungimento dell'autonomia gestionale del paziente/caregiver, in base agli obiettivi prefissati (MOD02PdCOdCASST Educazione sanitaria caregiver);
- ✓ possibilità di avvalersi di consulenze specialistiche presenti presso la Casa di Comunità/Struttura ospedaliera di riferimento.

6.3 GESTIONE CRITICITÀ

Qualora il paziente presenti la necessità di intervento di emergenza / urgenza verrà attivato nel minor tempo possibile il medico di reparto, ove non presente il Medico dell'UO Medicina Generale reperibile e/o anestesista reperibile o in sua assenza saranno adottate le procedure più idonee (secondo le indicazioni aziendali (PG01MQ07 Gestione trasporti secondari pazienti adulti), attivando dove necessario i Trasporti Aziendali o AREU.

Viene data informazione al paziente (quando possibile) e al caregiver in merito all'evoluzione del quadro clinico e dei provvedimenti attuati.

L'eventuale riaffiorare di instabilità cliniche o l'insorgenza di situazioni emergenziali rilevate dal medico di reparto (in turno o chiamato in reperibilità o dall'infermiere in turno) possono essere gestite tramite una consulenza da parte degli specialisti ospedalieri e/o organizzando l'invio del paziente nel reparto di

 Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova	PIANO DI CURA Ospedale di Comunità ASST di Mantova	PdCOdCASST Rev. 2 Data 19/02/2024 Pagina 6 di 11
---	---	---

competenza per l'adeguata gestione dell'evenienza, se necessario; nel caso di emergenze saranno attivate le procedure d'urgenza previste nello specifico piano del presidio ospedaliero.

6.4 DIMISSIONE

In fase di stesura del PAI viene indicato la data di dimissione ed il setting di cura più appropriato in base ai bisogni del paziente, alla presenza ed adeguatezza del care-giver nonché alle condizioni abitative e sociali, privilegiando, quando possibile, il rientro a domicilio, eventualmente attraverso l'attivazione dei servizi di assistenza domiciliari e servizi integrativi necessari e possibili.

Nel percorso di dimissione riveste un ruolo attivo il case-manager, che valuta ed attiva i servizi necessari post-dimissione in concerto con la COT di riferimento (servizi di supporto diagnostico, servizi di specialistica ambulatoriale, cure domiciliari).

In caso di dimissione in Strutture di Lungodegenza o RSA si privilegia, quando possibile, il criterio di prossimità al nucleo familiare e le preferenze individuali.

In ogni caso, sono redatte:

- lettera di dimissione dettagliata, con sintesi del percorso terapeutico ed assistenziale nel corso della degenza, degli obiettivi di salute e degli esiti, nonché delle indicazioni terapeutiche e di follow-up;
- lettera infermieristica con indicazioni specifiche di pertinenza (medicazioni, sostituzioni c.v. etc.)

TIMING	RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ	NOTE	REGISTRAZIONI ai sensi della DGR 1435 del 27/11/2023
T_{0a} Il paziente è ricoverato presso una struttura per acuti o presso PS	Medico /Coordinatore/ Infermiere del reparto proponente	Proposta di ricovero	Il medico/ infermiere compilano per la rispettiva competenza le schede di proposta	MOD01PdCodCASST Proposta ammissione Ospedale di Comunità
	Medico/ Coordinatore/ Infermiere OdC	Valutazione della proposta di ricovero	Medico/coordinatore o infermiere valutano la proposta di ammissione dando poi comunicazione dell'esito al mittente, tramite mail, entro 2 giorni dal ricevimento della proposta; se risponde ai criteri di ammissibilità definiscono anche i tempi di ricovero presso OdC informando il segnalante	
T_{0b} Il Paziente territoriale assistito da MMG	MMG (e/o su proposta IFeC)	Proposta di ricovero	MMG compila la scheda di proposta ammissione	MOD01PdCodCASST Proposta ammissione Ospedale di Comunità
	Medico/ Coordinatore/ Infermiere OdC	Valutazione della proposta di ricovero	Medico/coordinatore/ infermiere valutano se la proposta risponde ai criteri di ammissibilità; eventualmente contattano direttamente il Medico proponente per approfondimento del quadro clinico e dei bisogni emersi. Dando poi comunicazione dell'esito al mittente, tramite mail, entro 2 giorni dal ricevimento della proposta; se risponde ai criteri di ammissibilità definiscono anche i tempi di ricovero presso OdC informando il segnalante	
T₁ Il giorno concordato tra le strutture per acuti (o MMG/ paziente) e OdC	Infermiere/OSS	Ingresso del paziente in OdC per ricovero	Il paziente accede alla struttura, viene accolto dal personale infermieristico e di supporto, gli viene assegnata la stanza e viene informato sull' organizzazione delle attività sia alberghiere che di cura e assistenziali. Viene individuato il caregiver di riferimento dall'Infermiere.	FASAS OdC in cartella "Camelia Public" approvato con Decreto del DG n.1423 del 21/12/2023 ADOZIONE FASCICOLO SOCIO-ASSISTENZIALE E SANITARIO - FASAS DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ
	Infermiere/OSS	Compilazione modulo privacy	Il modulo privacy, datato e firmato sia dal paziente o tutore che dal personale sanitario, è considerato documento ufficiale per il trasferimento di informazioni	
	Medico/Infermiere	Valutazione clinica e assistenziale	La prima valutazione sanitaria e assistenziale nella giornata di ingresso da parte del Medico e dell'Infermiere e personale di supporto Il medico e l'infermiere, per le rispettive competenze, compilano il FASAS	

 Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova	PIANO DI CURA Ospedale di Comunità ASST di Mantova	PdCodCASST Rev. 2 Data 19/02/2024 Pagina 8 di 11
---	---	---

TIMING	RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ	NOTE	REGISTRAZIONI ai sensi della DGR 1435 del 27/11/2023
T₂ Durante la degenza	Equipe OdC e case- manager	STESURA DEL PAI	In base alla valutazione dei bisogni, alla capacità residue dei pazienti e alle risorse del care-giver viene redatto il PAI che deve contenere gli obiettivi di cura e prevedere l'educazione al paziente/care-giver in merito al soddisfacimento dei bisogni evidenziati	MOD02PdCodCASST Educazione sanitaria caregiver FASAS OdC in cartella "Camelia_Public" approvato con Decreto del DG n.1423 del 21/12/2023 ADOZIONE FASCICOLO SOCIO- ASSISTENZIALE E SANITARIO - FASAS DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ
		RIVALUTAZIONI CLINICHE	Il paziente è sottoposto a rivalutazione durante tutto il percorso assistenziale e ogni volta che subentra un cambiamento significativo viene aggiornato il PAI	
		CURA	L'assistenza e le cure pianificate per il paziente corrispondono ai bisogni identificati. Il PAI è documentato in cartella clinica: è personalizzato e aggiornato alle condizioni cliniche e bisogni assistenziali. Tutte le procedure e i risultati sono documentati nel FASAS Durante l'attività di assistenza giornaliera vengono effettuate: - assistenza diretta e indiretta - monitoraggio del quadro clinico, relativi aggiornamenti terapeutico/assistenziali e eventuale esecuzione di indagini biomorali e/o strumentali che si rendono necessari, - colloqui strutturati con i familiari, - incontri educazionali rivolti ai pazienti e ai caregivers, - colloqui con psicologo, dietista, assistente sociale, se ritenuti necessari.	
T₃ Al momento della dimissione e follow up specialistico	Medico Infermiere	VALUTAZIONE FINALE E DIMISSIONE	Al momento della dimissione il medico di reparto redige una relazione clinica esaustiva, in forma di lettera di dimissione, che è consegnata al paziente/caregiver. La lettera di dimissione contiene: • sintesi anamnestica e motivo del ricovero, • i riscontri e gli accertamenti effettuati, • le procedure terapeutiche eseguite, • la terapia farmacologica significativa e le eventuali altre terapie significative, • le condizioni del paziente alla dimissione, • la terapia farmacologica alla dimissione e le indicazioni sui farmaci da assumere a domicilio, • le istruzioni di follow-up. Analogamente, viene redatta e consegnata al paziente o al caregiver lettera di dimissione infermieristica, con indicazioni riguardanti il programma assistenziale svolto e le indicazioni/raccomandazioni da seguire, la rilevazione di segni e sintomi da monitorare per intercettare precocemente episodi di scompenso, gli eventuali servizi domiciliari attivati/da attivare, Dati dell'ingresso del paziente e le valutazioni del paziente alla dimissione dello stato	FASAS OdC in cartella "Camelia_Public" approvato con Decreto del DG n.1423 del 21/12/2023 ADOZIONE FASCICOLO SOCIO- ASSISTENZIALE E SANITARIO - FASAS DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ

	PIANO DI CURA Ospedale di Comunità ASST di Mantova	PdCodCASST Rev. 2 Data 19/02/2024 Pagina 9 di 11
--	--	---

			di coscienza, della mobilitazione, dell'igiene e comfort, cute, alimentazione, eliminazione, respirazione, comunicazione, del dolore, della terapia eseguita prima della dimissione, dell'IIA attribuibile alla dimissione e del valore Nwes2 score alla dimissione, organizzazione del rientro a domicilio o indirizzo verso altra struttura dedicata. La scheda va datata e firmata dall'Infermiere Prima della fase di dimissione si effettua comunque: - proposta ed eventuale arruolamento nel programma regionale di "Presa in carico", - preparazione del paziente e dei famigliari alla gestione della malattia al domicilio (corretta somministrazione della terapia, riconoscimento di segni/sintomi precoci di riaccutizzazione di malattia, istruzioni dettagliate sul follow-up e riferimenti in caso di urgenze cliniche).	
GESTIONE CRITICITA' CLINICA emergenza/urgenza Trasferimento	Medico	Urgenza ed emergenza	Qualora il paziente presenti la necessità di intervento di emergenza/urgenza verrà attivato nel minor tempo possibile il medico di reparto, il Medico dell'UO Medicina Generale reperibile e/o anestesista reperibile o in sua assenza saranno adottate le procedure più idonee (secondo le indicazioni aziendali PG01MQ07 Gestione trasporti secondari pazienti adulti), attivando dove necessario i Trasporti Aziendali o AREU. Viene data informazione al paziente (quando possibile) e al caregiver in merito all'evoluzione del quadro clinico e dei provvedimenti attuati. Si rimanda alle procedure interne di emergenza clinica intra-ospedaliera.	

 Sistema Socio Sanitario Carlo Poma Regione Lombardia ASST Mantova	PIANO DI CURA Ospedale di Comunità	PdCOdCASST Rev.1 Data 27/12/2023 Pagina 10 di 11
---	---	---

7. RIFERIMENTI

- PNRR “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” - M6C1
- D.M. 77 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza territoriale nel SSN” del 23/05/2022
- DGR n° XI/6760 del 25/07/2022 Approvazione del modello organizzativo e dei criteri di accreditamento per l'applicazione del Decreto 23 Maggio 2022, N. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”
- DGR n° XI/7592 del 15/12/2022 Attuazione del DM 23/05/22 n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN” – Documento regionale di programmazione dell’assistenza territoriale (Primo provvedimento)
- DGR N° XII/1435 del 27/11/2023 Ulteriori determinazioni in ordine all’attività dell’ospedale di comunità
- PG01MQ07 Gestione trasporti secondari pazienti adulti
- MOD01PdCOdCASST Proposta ammissione Ospedale di Comunità
- MOD02PdCOdCASST Educazione sanitaria caregiver
- PR01PdCOdCASST Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall’OdC al domicilio
- PGCOT Centrale Operativa Territoriale
- IO5POL4MQ06 Emergenza clinica intraospedaliera Presidio di Bozzolo
- IO4POL4MQ06 Emergenza clinica intraospedaliera Presidio di Asola
- IO1POL4MQ06 Istruzione Operativa Emergenza Intra Ospedaliera Presidio Ospedaliero di Mantova e Servizi afferenti alla Direzione Socio Sanitaria

