

 Carlo Poma  Regione Lombardia ASST Mantova	PROTOCOLLO Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall' OdC al domicilio	PR01PdCOdCASST Rev. 0 Data 22/12/2023 Pagina 1 di 5
--	---	--

Sommario

1. PREMESSA	2
2. SCOPO E OBIETTIVI DEL PERCORSO	2
3. ACRONIMI E GLOSSARIO	2
4. CRITERI CLINICI E SOCIALI DI INCLUSIONE	3
5. CRITERI DI ESCLUSIONE	3
6. MODALITÀ DI ACCESSO E DESCRIZIONE PERCORSO	3
7. BIBLIOGRAFIA	5

Stato delle revisioni					
Rev	Data	Modifica	Preparato	Verificato	Approvato
0	22/12/2023	Prima emissione	DAPSS - Polo Territoriale - Responsabile Distretto Casalasco Viadanese Monica Carnevali DAPSS - Polo Territoriale - Responsabile Distretto Basso Mantovano Alessandro Amadini	RQA Dr. Enrico Burato	DSS Dr. Renzo Boscaini

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.

 Carlo Poma  Regione Lombardia  ASST Mantova	PROTOCOLLO Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall' OdC al domicilio	PR01PdCOdCASST Rev. 0 Data 22/12/2023 Pagina 2 di 5
--	---	--

1. PREMESSA

Come indicato dal PSSR 2019 -2023 un sistema sociosanitario avente come obiettivo la presa in carico della persona deve essere orientato a superare la frammentazione dei servizi tra polo ospedaliero e polo territoriale; ad attuazione di ciò è necessario sviluppare idonei percorsi che garantiscano l'individuazione del setting di cura più appropriato in base alla valutazione multidimensionale dei bisogni della persona (assistenza domiciliare, ricoveri temporanei in strutture intermedie, strutture di riabilitazione, strutture residenziali o semi-residenziali, prestazioni ambulatoriali, etc.) e che garantiscano la qualità dell'assistenza anche nel rispetto delle scelte del paziente e della famiglia.

Col DM 77 del 23/05/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" viene individuata la COT, quale strumento per assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

La COT è un modello organizzativo che svolge una funzione di supporto e raccordo tra i professionisti coinvolti in diversi livelli assistenziali; la COT ha essenzialmente un ruolo di facilitatore nella transizione dei pazienti da un setting di cura e assistenza all'altro attraverso:

- gestione delle segnalazioni dei casi complessi che necessitano di supporto nella transizione tra i vari livelli assistenziali (sia nel flusso step-down dall' ospedale verso le strutture/servizi territoriali o domicilio, che nel flusso set-up dal territorio verso strutture intermedie o l'ospedale), valutandone l'appropriatezza o identificando il bisogno
- supporto nell'identificazione del setting più adatto al singolo caso

Nella COT opera l'equipe di valutazione multidimensionale e l'IFeC.

2. SCOPO E OBIETTIVI DEL PERCORSO

Delineare un percorso personalizzato di presa in carico che transitano nell' OdC.

Obiettivi specifici:

- Garantire al paziente una continuità di cure;
- Garantire il setting di cura adeguato;
- Garantire la programmazione di eventuali visite specialistiche e/o esami strumentali, nei tempi necessari
- In caso di dimissione da OdC al domicilio, garantire un monitoraggio clinico ed una adeguata assistenza nella fase delicata post-dimissione,
- Prevenire e ridurre lo stress del caregiver
- Prevenire e ridurre episodi di scompenso e re-ricoveri

3. ACRONIMI E GLOSSARIO

COT	Centrale Operativa Territoriale
OdC	Ospedale di Comunità
IFeC	Infermiere di Famiglia e di Comunità
MMG	Medico di Medicina Generale
PAI	Piano Assistenziale Individuale
SAD	Servizio Assistenza Domiciliare

 Carlo Poma  Regione Lombardia ASST Mantova	PROTOCOLLO Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall' OdC al domicilio	PR01PdCOdCASST Rev. 0 Data 22/12/2023 Pagina 3 di 5
---	---	--

SGDT	Sistema Gestione Digitale Territoriale
EVM	Equipe Valutazione Multidimensionale
PI	Progetto Individuale

4. CRITERI CLINICI E SOCIALI DI INCLUSIONE

Pazienti ricoverati presso OdC

5. CRITERI DI ESCLUSIONE

Il percorso non si applica a pazienti che non sono ricoverati in OdC

6. MODALITÀ DI ACCESSO E DESCRIZIONE PERCORSO

Il luogo di coordinamento della transizione tra i diversi setting assistenziali viene individuato nella Centrale Operativa Territoriale (COT), che si avvale dell'utilizzo dell'applicativo regionale SGDT, attualmente utilizzato per la registrazione del paziente e la formulazione del PAI e come strumento per garantire il coordinamento del percorso di cura e la transizione dell'utente tra i vari setting assistenziali.

Il percorso prevede:

- Il Case Manager dell'OdC, entro quattro giorni dall' ingresso del degente, invia la scheda BRASS alla COT di riferimento in base alla residenza del paziente, con informazioni aggiuntive riguardanti bisogni assistenziali (esiti della valutazione dell'equipe OdC), data presumibile della dimissione e setting di destinazione (verrà privilegiato, ove possibile, il rientro a domicilio con il supporto dei servizi domiciliari presenti sul territorio).
- La COT, acquisita la segnalazione da parte dell'OdC, raccoglie ulteriori informazioni riguardante eventuali servizi già attivi e programma una visita in reparto coinvolgendo i componenti dell'EVM, coerentemente con i bisogni segnalati

Durante l'accesso presso OdC, il personale della COT:

- recepisce informazioni riguardanti le condizioni cliniche, la terapia farmacologica in atto, schema terapeutico alla dimissione, prescrizioni, appuntamenti e controlli successivi alla dimissione.
- prende atto dei bisogni assistenziali post dimissione effettuando la valutazione multidimensionale utilizzando scale validate mirate allo specifico caso.
- programma, se necessario, con il caregiver/amministratore di sostegno, la visita domiciliare prima della dimissione, allo scopo di valutare le condizioni abitative e le capacità del caregiver misurate sulla complessità assistenziale del paziente (anche mediante utilizzo MOD02PdCOdCASST "Educazione Sanitaria care-giver").
- Informa l'OdC in merito all'esito del sopralluogo domiciliare per la programmazione delle dimissioni.
- stila il PI e lo inoltra alla COT per l'attivazione dei servizi.

La COT attiva i servizi necessari in coerenza con il PI e attiva l'IFeC per il primo accesso post-dimissioni.

 Carlo Poma  Regione Lombardia  ASST Mantova	PROTOCOLLO Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall' OdC al domicilio	PR01PdCOdCASST Rev. 0 Data 22/12/2023 Pagina 4 di 5
--	---	--

TIMING	RESPONSABILITÀ	ATTIVITÀ	REGISTRAZIONI
T ₀	Equipe OdC Case-manager	Invio alla COT di riferimento rispetto residenza/domicilio: - scheda BRASS (entro quattro giorni dal suo ingresso) - esito della valutazione multidimensionale dell'equipe dell'OdC - indicazione della data presunta della dimissione ed eventuale setting	Mail: cot.viadana@asst-mantova.it cot.mantova@asst-mantova.it cot.quistello@asst-mantova.it cot.suzzara@asst-mantova.it
T ₁	COT	Raccolta di ulteriori informazioni riguardanti i pazienti segnalati, relative ai percorsi e servizi attivi, presidi/ausili presenti, rete attiva, contattando i servizi che hanno in carico l'utente	Contatto telefonico ai servizi Applicativi aziendali
T ₂	COT	Programma la valutazione multidimensionale, da attuarsi in tempi congrui alla data prevista della dimissione, coinvolgendo i componenti dell'EVM e informando il reparto	Contatto telefonico
T ₃	EVM	Durante la visita in reparto: • recepisce informazioni riguardanti le condizioni cliniche, la terapia farmacologica in atto, schema terapeutico alla dimissione, prescrizioni, appuntamenti e controlli successivi alla dimissione. • effettua valutazione multidimensionale • valuta l'opportunità di una visita domiciliare, prima della dimissione, per approfondire le condizioni ambientali e assistenziali, se necessario	Triage e altre scale di valutazione in uso (Vaor, Barthel, etc.) mirate allo specifico caso
T ₄	EVM	• Effettua visita domiciliare alla presenza del caregiver/amministratore di sostegno allo scopo di valutare le condizioni abitative e propone eventuali interventi utili al rientro al domicilio • valuta le capacità del caregiver misurata sulla complessità assistenziale del paziente anche mediante utilizzo MOD02PdCOdCASST "Educazione Sanitaria care-giver"	Accesso domiciliare MOD02PdCOdCASST "Educazione Sanitaria care-giver"
T ₅	EVM	Informa il segnalante (OdC) in merito all' esito del sopralluogo domiciliare per la programmazione delle dimissioni	e-mail
T ₆	EVM	Stila il progetto individuale (PI) condividendolo con la COT	SGDT e strumenti/percorsi specifici per ogni servizio
T ₇	COT	Recepisce il PI, si raccorda col MMG del paziente e attiva i servizi necessari raccordandosi con i professionisti sanitari e/o sociali del territorio	SGDT e strumenti/percorsi specifici per ogni servizio
T ₈	COT	Attiva accesso domiciliare dell'IFeC, a garanzia della continuità assistenziale nella fase post-dimissione	MOD01PC01IFeC

 Carlo Poma  Regione Lombardia ASST Mantova	PROTOCOLLO Gestione della continuità assistenziale per i pazienti dimessi dall' OdC al domicilio	PR01PdCOdCASST Rev. 0 Data 22/12/2023 Pagina 5 di 5
--	---	--

7. BIBLIOGRAFIA

- PSSR 2019 -2023
- PNRR “Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza” – Decreto 23/11/2021 - M6
- DM 77 “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza territoriale del SSN” del 23/05/2022
- DGR N° XI/6760 del 25/07/2022
- DGR N° XI/7592 del 15/12/2022
- PdCOdCASST Ospedale di Comunità ASST di Mantova
- MOD01PC01IFeC
- MOD02PdCOdCASST “Educazione Sanitaria care-giver”
- PGCOT Centrale Operativa Territoriale