



Struttura: SOC Gestione Attività Territoriali	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 08-TER 01	
Redatta da: Direttore SOC GAT	Approvata da: Direttore SOC Distretto VCO	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso per la Continuità di Cura Ospedale-Territorio	Emesso il: 09/05/2017	Pagina 1 di 10	
Firma per redazione: Romano Ferrari 	Firma per approvazione: Bartolomeo Fici 	Firma Gruppo di Verifica e Validazione: Margherita Bianchi 	
Firma per validazione Direzione Generale Antonino Trimarchi 			



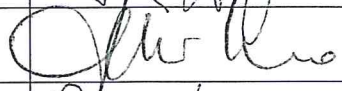


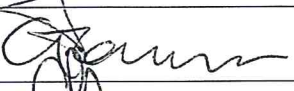

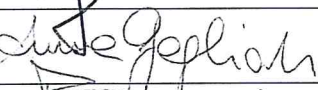

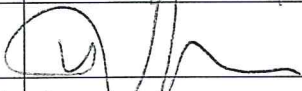
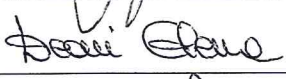
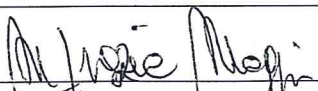
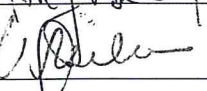
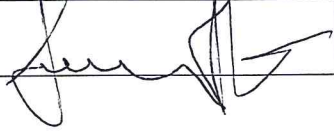
## PERCORSO CONTINUITA' DI CURA OSPEDALE-TERRITORIO

**INDICE:**

GRUPPO DI LAVORO .....	2
LEGENDA .....	3
INTRODUZIONE .....	3
SCOPO ED OBIETTIVI .....	5
CAMPO DI APPLICAZIONE .....	5
RESPONSABILITA' .....	5
MODALITA' OPERATIVE .....	7
ALLEGATI .....	9
INDICATORI .....	9
FORMAZIONE .....	10
BIBLIOGRAFIA .....	10

Struttura: SOC Gestione Attività Territoriali	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 08-TER 01	
Redatta da: Direttore SOC GAT	Approvata da: Direttore SOC Distretto VCO	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso Continuità di Cura Ospedale-Territorio	Emesso il: 09/05/2017	Pagina 2 di 10	

## GRUPPO DI LAVORO

COGNOME NOME	RUOLO/FUNZIONE	FIRMA
Barbaglia Angelo	Direttore CISS Cusio	
Di Stefano Fabio	Direttore SOC Geriatria	
Ferrari Mauro	Direttore CISS Ossola	
Ferrari Romano	Direttore SOC Gestione Attività Territoriali	
Ficili Bartolomeo	Direttore SOC Distretto VCO	
Fornara Chiara	Direttore CISS Verbania	
Gandini Franco	MMG Domodossola	
Gagliardi Anna	Responsabile SOS ICT	
Garufi Francesco	Direttore SOC Direzione Presidi Domodossola e Verbania	
Gramatica Paolo	Direttore SOC Medicina e Chirurgia d'Urgenza	
Leoni Elena	Coordinatore Cure Domiciliari – NDCC - Verbania	
Maggini Mariagrazia	Assistente Sanitaria - NOCC - Verbania	
Mellano Maria Adelaide	Referente SOS Cure Palliative	
Senestraro Marcello	Direttore SOC DIPSA	



Struttura: SOC Gestione Attività Territoriali	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 08-TER 01	
Redatta da: Direttore SOC GAT	Approvata da: Direttore SOC Distretto VCO	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso Continuità di Cura Ospedale-Territorio	Emesso il: 09/05/2017	Pagina 3 di 10	

## LEGENDA

- ADI-UOCP Assistenza Domiciliare Integrata - Cure Palliative
- BRASS *Blaylock Risk Assessment Screening*
- CAVS Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria
- CISS Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali
- MMG Medico di Medicina Generale
- NAC Nucleo Alta Complessità Neurologica
- NDCC Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure
- NOCC Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure
- NSV/SMV Nucleo Stati Vegetativi/Minima Vigilanza
- PAI Progetto Assistenziale Individualizzato
- PLS Pediatra di Libera Scelta
- RSA Residenza Sanitaria Assistenziale

## INTRODUZIONE

Con la DGR n. 27-3628 del 28 marzo 2012 “Attuazione Piano di rientro – DGR n. 44-1615 del 28.02.2011 e s.m.i. – La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell’appropriatezza e presa in carico territoriale” la Regione Piemonte, verificata la necessità di migliorare la continuità assistenziale onde evitare l’interruzione di assistenza nei passaggi tra i vari *setting* di cura, ha posto in capo alle ASL l’obiettivo di definire un percorso integrato di continuità di cura Ospedale-Territorio all’interno della rete dei servizi che preveda l’individuazione di interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale al fine di garantire una risposta appropriata correlata ai bisogni socio-sanitari del paziente.

Infatti l’elemento centrale del processo di continuità assistenziale è la “presa in carico” del paziente dall’inizio fino al completamento del suo percorso di salute senza soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori.

Appare pertanto fondamentale la definizione delle relazioni funzionali, sia tra le diverse realtà organizzative che all’interno delle stesse, al fine di combinare esigenze di qualità e di efficienza operativa di ciascuna struttura operativa con le ragioni dell’efficienza allocativa del sistema.

Risulta pregiudizievole, quindi, una appropriata rilevazione dei bisogni e l’individuazione di risposte adeguate sia sotto il profilo dell’appropriatezza clinico-assistenziale che dell’appropriatezza organizzativa. Per quest’ultimo aspetto è basilare che il modello organizzativo abbia al centro il paziente assicurando concretamente quella continuità assistenziale in grado di operare nell’ambito di un’integrazione reale tra ospedale, professionisti presenti sul territorio e strutture territoriali fornendo quindi, ai bisogni assistenziali, percorsi di dimissione appropriati, sicuri ed efficaci.

In questo contesto assume particolare importanza la progettazione del miglior percorso di cura e di assistenza in relazione ai bisogni: in questa fase sono fondamentali le competenze, sia professionali che organizzativo gestionali degli operatori del NOCC e NDCC che, attraverso parametri oggettivi (scale di valutazione multidimensionale), siano in grado di misurare l’intensità dell’assistenza, la complessità degli interventi, la durata del piano di cura. Assicurare adeguati livelli di assistenza significa contemplare nuovi paradigmi di riferimento: non solo la malattia, ma il bisogno e la persona.



Struttura: SOC Gestione Attività Territoriali	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 08-TER 01	
Redatta da: Direttore SOC GAT	Approvata da: Direttore SOC Distretto VCO	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso Continuità di Cura Ospedale-Territorio	Emesso il: 09/05/2017	Pagina 4 di 10	

Il miglioramento dell'integrazione tra le attività ospedaliere e quelle territoriali rappresenta sicuramente uno dei nodi fondamentali per affrontare quelle criticità di sistema che troppo spesso significano presenza di percorsi non sempre ottimali rispetto alle caratteristiche ed alle situazioni dei pazienti; il perseguimento della migliore integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali rappresenta una eccellente strategia per conseguire la appropriatezza nell'uso delle risorse, nella riduzione degli sprechi e nella eliminazione delle inefficienze, garantendo adeguati livelli essenziali di assistenza. E' basilare, quindi, il miglioramento e la concreta realizzazione dell'integrazione ospedale/territorio, nonché delle modalità organizzative e degli strumenti per la valutazione "precoce" del paziente, in una prospettiva multidimensionale che consideri tutti gli aspetti e le professionalità che possono influire sulla costruzione e sull'esito del percorso assistenziale, assicurando maggiore equità e minore dispendio di risorse con una riduzione dei fenomeni competitivi fra i singoli erogatori, esaltandone l'integrazione e la cooperazione secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento.

In questa fase il Distretto, tramite le sue specifiche strutture territoriali, assume un ruolo forte attraverso la funzione di coordinamento di una più complessa ed articolata rete dei servizi territoriali, essendo luogo "naturale" di integrazione socio-sanitaria, in coerenza con gli indirizzi di programmazione regionale. In relazione a questo ruolo, la DGR 27 rimarca la necessità strategica di creare, presso il Distretto, un unico Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC) che prenda in carico tutti i pazienti e collabori con il Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC) per la realizzazione dei percorsi integrati di cura, inoltre avrà il compito di monitorare la realizzazione di tali percorsi attraverso modalità organizzative che permettano di conoscere in tempo reale le varie fasi del processo e che abbia sempre conoscenza dello status dei propri assistiti. Infine ha il compito di creare un sistema informativo a supporto del NDCC e del NOCC che accompagni il paziente nei vari percorsi cui accede, in modo da garantire le informazioni cliniche e terapeutiche necessarie ai vari punti della rete e che, quindi, permetta la tracciabilità in tempo reale dei passaggi da un *setting* ad un altro.

Altro elemento centrale del processo di continuità assistenziale per la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di cura, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori è il Medico di Medicina Generale che, svolgendo un ruolo di tutela e assistenza nei confronti dei suoi pazienti, ha la più ampia conoscenza del loro quadro sanitario e sociale ed è componente essenziale del NDCC. In questa ottica appare fondamentale il ruolo dei Servizi Sociali Territoriali, messi a disposizione dai CISS afferenti al nostro territorio che, per la conoscenza della situazione socio-familiare ed abitativa della persona e delle risorse socio-ambientali disponibili, rappresentano una componente fondamentale nella costruzione del percorso della presa in carico territoriale ed è per questo che la DGR 27 li considera parte integrante ed essenziale del NDCC.

In conclusione il paziente, nei vari *setting* assistenziali tra ospedale e territorio-domicilio, incontra numerose figure professionali e il processo assistenziale deve realizzarsi attraverso la costruzione di una reale continuità, secondo criteri che garantiscano la centralità della persona malata e della sua famiglia; questa continuità deve rappresentare la garanzia per il paziente di una reale presa in carico da parte dell'istituzione (ASL/CISS) attraverso la creazione di un percorso coordinato ed accompagnato durante tutte le fasi del processo assistenziale e pertanto richiede l'individuazione di azioni che siano chiaramente sistematizzate nel progetto assistenziale, nelle quali coinvolgere, impegnare e responsabilizzare tutti i soggetti chiamati a dare una risposta alla persona.



Struttura: SOC Gestione Attività Territoriali	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 08-TER 01	
Redatta da: Direttore SOC GAT	Approvata da: Direttore SOC Distretto VCO	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso Continuità di Cura Ospedale-Territorio	Emesso il: 09/05/2017	Pagina 5 di 10	

## SCOPO ED OBIETTIVI

Scopo del Percorso di Cura è definire le modalità operative di presa in carico del paziente giunto alla SOC MCU e successivamente valutato come dimissibile o ricoverato in Ospedale con criticità gestionali ed assistenziali che non consentano un rientro al proprio domicilio ma che richiedano un ciclo di cure extra-ospedaliero e/o un ricovero definitivo in RSA.

Obiettivo generale del percorso è costruire un progetto clinico-assistenziale per garantire una dimissione protetta adeguata ai bisogni assistenziali del paziente e dei suoi familiari.

Obiettivi specifici sono:

- Garantire una presa in carico olistica attraverso una risposta appropriata correlata ai bisogni socio-sanitari del paziente per verificare la possibilità del rientro al proprio domicilio (ove possibile) ovvero l'individuazione di una temporanea o definitiva istituzionalizzazione (RSA);
- Ridurre il ricorso improprio ai servizi e/o all'ospedalizzazione, garantendo la continuità assistenziale ed evitando ricoveri inappropriati, grazie ad un incremento dell'appropriatezza organizzativa;
- Uniformare la metodologia di comportamento di tutti gli operatori coinvolti nella procedura di processo;
- Attivare un programma di miglioramento continuo della qualità e di misura dei risultati attraverso specifici indicatori di esito.

## CAMPO DI APPLICAZIONE

Il percorso si applica a pazienti che:

- Accedono alla SOC MCU e per i quali non esiste un'indicazione di ricovero appropriato in Ospedale e che presentano le caratteristiche per una dimissione "difficile" al domicilio;
- Sono ricoverati in Ospedale e sono dimissibili, ma necessitano di un proseguimento delle cure in regime extra-ospedaliero, in reparti di post-acuzie (RRF o Lungodegenza), in posti letto CAVS delle strutture accreditate o in posti letto di Continuità Assistenziale (ex DGR 72/2004 delle RSA).

## RESPONSABILITA'

Le figure professionali coinvolte nel percorso sono:

1. Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure (NDCC) è composto da:
  - a. Medico di Distretto con Incarico Professionale NDCC con funzioni di coordinatore e responsabile a TP (tempo pieno) di nomina del Direttore SOC Gestione Attività Territoriali;
  - b. Medico di Distretto a TP (1-2)
  - c. Coordinatrice Infermieristica con specifiche competenze in Continuità Assistenziale
  - d. Tre infermiere con competenze in cure domiciliari (almeno 1 per area territoriale)
  - e. Assistente Sociale del CISS competente per territorio (1 per area territoriale)

Struttura: SOC Gestione Attività Territoriali	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 08-TER 01	
Redatta da: Direttore SOC GAT	Approvata da: Direttore SOC Distretto VCO	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso Continuità di Cura Ospedale-Territorio	Emesso il: 09/05/2017	Pagina 6 di 10	

f. MMG o PLS del paziente

2. Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure (NOCC) è composto da:

- a. Medico Ospedaliero con specifiche competenze nella Valutazione Multidimensionale con Incarico Professionale NOCC e con funzioni di coordinatore e responsabile, di nomina del Direttore SOC Direzione Presidi Domodossola e Verbania;
- b. Coordinatrice Infermieristica con specifiche competenze in Continuità Assistenziale
- c. Assistente Sanitaria e/o Infermiere (almeno 2 per ogni struttura ospedaliera)
- d. Assistente Sociale di ASL
- e. Medico Ospedaliero e/o Coordinatore Infermieristico e/o Infermiere delegato del Reparto in cui è ricoverato il paziente: hanno il ruolo di consulenti/collaboratori del NOCC per le informazioni clinico-assistenziali del paziente.

Il percorso deve essere applicato da tutte le figure professionali sanitarie e sociali coinvolte nel processo. Tutto il personale coinvolto è responsabile della corretta applicazione del percorso, per quanto di competenza. La responsabilità di verifica dell'applicazione del percorso è del Medico di Distretto coordinatore e responsabile del NDCC e del Medico Ospedaliero coordinatore e responsabile del NOCC, della Coordinatrice Infermieristica con specifiche competenze in Continuità Assistenziale oltre che dei Direttori di Distretto, dei Direttori dei CISS, del Direttore SOC DiPSa, del Direttore Presidi Ospedalieri e del Direttore della Geriatria.

Di seguito la matrice delle Responsabilità:

<b>MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ</b>									
Legenda: Responsabile (R); Coinvolto (C); Informato (I) Non Coinvolto (NC)									
Descrizione dell'attività	Operatore								
	Medico MCU	Infermiere MCU	Medico Reparto	Infermiere Reparto	Operatori NOCC	Operatori NDCC	MMG PLS	Caregiver	Consulenti Specialisti
Compilazione BRASS entro 24/48 ore e segnalazione NOCC	C	R	NC	R	I	NC	NC	I	NC
Valutazione congiunta NOCC-Inf. Reparto	NC	NC	I	C	R	NC	NC	C	NC
Presenza in carico NOCC+Consulenti	NC	NC	C	C	R	NC	NC	C	C
Costruzione Percorso CA Territoriale	NC	NC	I	I	C	R	I	C	C
Individuazione Case Manager	NC	NC	NC	NC	C	R	I	C	NC
Attivazione Dimissioni	NC	NC	C	C	R	C	C	C	I
Presenza in carico Territoriale	NC	NC	NC	NC	I	R	C	C	NC



Struttura: SOC Gestione Attività Territoriali	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 08-TER 01	
Redatta da: Direttore SOC GAT	Approvata da: Direttore SOC Distretto VCO	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso Continuità di Cura Ospedale-Territorio	Emesso il: 09/05/2017	Pagina 7 di 10	

## MODALITA' OPERATIVE

La rete, attraverso la quale si sviluppa il Percorso, garantendo al paziente l'integrazione dei servizi sociali e sanitari, comprende il coinvolgimento delle seguenti strutture aziendali ed extraaziendali:

- SOC MCU
- SOC Ospedaliere
- CISS
- MMG o PLS
- Servizio di Cure domiciliari
- Servizio di Cure palliative/Hospice
- Strutture Sanitarie di post-acuzie (Case di Cura Accreditate)
- Residenze Socio-sanitarie accreditate (RSA)
- Domicilio con rete parentale o *Caregiver*

Nelle more della realizzazione di un sistema informativo regionale che accompagni il paziente nei vari percorsi assistenziali, lo strumento informatico che si dovrà utilizzare è PHI Technology che consente la gestione e la condivisione ospedale-territorio delle informazioni sanitario-assistenziali della cartella clinica ospedaliera necessarie per una presa in carico territoriale. Si prevede una specifica formazione dedicata a tutti gli operatori del NDCC e del NOCC sull'utilizzo di tale sistema operativo per velocizzare le comunicazioni ospedale territorio e per l'invio alle strutture residenziali del progetto assistenziale integrato dalle indicazioni cliniche e terapeutiche. Tale strumento è il tramite con il quale il NOCC valuta e segnala il paziente presente in ospedale e necessitante della presa in carico territoriale secondo i criteri più avanti esplicitati.

### Percorso di Continuità Assistenziale:

Ribadendo che l'obiettivo principale di tale percorso è la "presa in carico" del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di cura, senza alcuna soluzione di continuità all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale.

Il modello organizzativo che si intende valorizzare all'interno della nostra ASL, in relazione alle risorse disponibili, è di seguito esplicitato attraverso 8 punti operativi:

1. Dopo l'arrivo nella SOC MCU ed attuate tutte le procedure previste per l'attività di emergenza/urgenza, il medico della SOC MCU valuta la necessità o meno di ricoverare il paziente:
  - All'atto della presa in carico nella SOC MCU deve essere compilata la Scala "BRASS" (All. 1) per identificare il rischio di problemi legati alla dimissione; tale scala di valutazione accompagna il paziente dall'OBİ al reparto di degenza ospedaliero. Qualora il punteggio sia superiore a 10 deve essere attivata la procedura sotto evidenziata a partire dal punto 3.
  - Al momento del ricovero, l'infermiere del reparto, per individuare e/o confermare i pazienti che sono a rischio di dimissione difficile, rivede la Scala "BRASS" entro 48/72 ore dal ricovero e procede alla compilazione su PHI: tale scala deve essere inserita per tutti i pazienti ultra70enni o con età inferiore ma aventi caratteristiche socio-sanitarie assimilabili a pazienti ultra70enni.

Struttura: SOC Gestione Attività Territoriali	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 08-TER 01	
Redatta da: Direttore SOC GAT	Approvata da: Direttore SOC Distretto VCO	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso Continuità di Cura Ospedale-Territorio	Emesso il: 09/05/2017	Pagina 8 di 10	

2. Se nella compilazione dell'indice "BRASS" su PHI il punteggio è superiore a 10, compare in automatico sul monitor del NOCC il nominativo dell'utente da prendere in carico.
3. Il NOCC, ricevuta la segnalazione telefonica dal Reparto di degenza, si reca presso il reparto entro le 24/48 ore dalla chiamata, per la valutazione congiunta con il coordinatore infermieristico, o suo delegato, delle eventuali criticità che potrebbero insorgere alla dimissione e per l'individuazione del *caregiver*: quanto definito nell'incontro è riportato sul diario clinico integrato;
4. Qualora siano rilevate indicazioni clinico-funzionali e socio-assistenziali tali da determinare un rischio concreto di una dimissione "difficile", il coordinatore infermieristico coinvolge il medico di reparto per una richiesta di Valutazione multidimensionale del NOCC: in questa fase il medico di reparto attiva, oltre al NOCC, anche i Consulenti e, nello specifico:
  - Medico Fisiatra per percorso Riabilitativo
  - Medico Palliativista per percorso Cure Palliative
  - Medico Geriatra per percorso lungodegenza, CAVS, ecc.
  - Medico Neurologo per percorso NAC (geriatra se età del paziente superiore a 65 anni)
  - Medico Anestesista/Rianimatore per percorso NSV o SMV
al fine di giungere il più rapidamente possibile ad una valutazione multidisciplinare condivisa.
5. Al termine di questa fase, stabilita la necessità di presa in carico con attivazione del percorso di continuità assistenziale domiciliare/territoriale, è coinvolto il NDCC per la costruzione condivisa del progetto assistenziale e l'individuazione del percorso di continuità assistenziale extraospedaliera, con il coinvolgimento dei familiari/*caregiver* e tenendo conto delle loro esigenze.
6. Il NOCC/NDCC, in collaborazione con il personale del reparto, procedono alla costruzione di un progetto assistenziale che deve contenere:
  - Obiettivi clinico-funzionali-assistenziali
  - *Setting* di cura
  - Durata del percorso (tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi)
  - Individuazione del *caregiver*, formalizzando le sue attività, se previste
  - Individuazione del *case manager*
  - Eventuali criticità sanitarie e/o assistenziali.
7. Il "*case manager*", individuato tra i componenti NDCC/NOCC al momento della costruzione condivisa del progetto assistenziale in relazione alle specifiche competenze necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo assistenziale previsto nel progetto, ha il compito di:
  - Gestire e monitorare il percorso di continuità assistenziale definito, anche proponendo al NDCC eventuali modifiche che si rendessero necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo assistenziale. Tale monitoraggio, in prima fase cartaceo, dovrà essere inserito nella Cartella Clinica Elettronica (PHI), al fine di mantenere tracciata tutta l'attività della presa in carico in continuum.



Struttura: SOC Gestione Attività Territoriali	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 08-TER 01	
Redatta da: Direttore SOC GAT	Approvata da: Direttore SOC Distretto VCO	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso Continuità di Cura Ospedale-Territorio	Emesso il: 09/05/2017	Pagina 9 di 10	

- Essere il riferimento per i familiari e per gli operatori delle strutture aziendali ed extra-aziendali coinvolti nel percorso, fino al raggiungimento dell'obiettivo assistenziale stabilito nel PAI;
- Verificare la corretta adesione al Progetto assistenziale da parte del paziente, dei familiari/*caregiver* e degli operatori coinvolti. Qualora il *case manager* rilevasse una mancata o scorretta adesione al PAI da parte di uno o più soggetti coinvolti, dovrà dapprima richiamare i soggetti non aderenti al PAI alle proprie responsabilità "contrattuali" segnalando tale situazione nella Cartella Clinica Elettronica (PHI), e se tale comportamento venisse reiterato verrà richiesto un incontro con il NDCC per la discussione congiunta del caso e l'individuazione di eventuali provvedimenti.

8. Il NDCC acquisisce il progetto su PHI (Integrazione con AsTer) e, in condivisione con il Medico Curante del paziente, autorizza l'inizio del percorso di dimissione, individua il *case manager* e lo formalizza al NOCC per l'attivazione delle procedure di dimissione:

- Se si tratta di dimissione a domicilio in regime di Cure Domiciliari il NDCC accede al reparto ed esegue una valutazione congiunta con il NOCC e dei familiari;
- Se si tratta di dimissione a domicilio in regime di Cure Palliative, il NDCC attraverso gli operatori delle Cure Palliative (medico palliativista + personale ADI-UOCP) acquisisce il progetto nella Cartella Clinica Elettronica (PHI), accede al reparto ed esegue valutazione congiunta con il NOCC e i familiari e concorda con il NOCC le procedure di dimissione;
- In caso di trasferimenti in Strutture residenziali, queste ultime acquisiranno il fascicolo sanitario-assistenziale completo da PHI, previa autorizzazione del NDCC, per il proseguimento del percorso con l'attivazione del progetto assistenziale.

## ALLEGATI

1. Indice "BRASS"
2. *Flow Chart* per l'attivazione del Percorso di Continuità Assistenziale Ospedale Territorio

## INDICATORI

- ⇒ Numero pazienti presi in carico rispetto al totale di pazienti dimessi con BRASS >10
  - Standard: ≥80%
- ⇒ Numero di reingressi ospedalieri di persone >70aa con patologie croniche:
  - Standard: ≤30% nel 2° semestre 2016/2017

Attraverso l'utilizzo dei sistemi informatici attualmente in uso (PHI-SDO) sarà possibile monitorare con cadenza periodica gli indicatori utili al governo del sistema.

In collaborazione con il Controllo di Gestione sarà attivata una reportistica trimestrale degli indicatori con lo scopo di consentire al NDCC/NOCC un attento monitoraggio dell'attività e al Distretto di attuare una corretta programmazione.

Struttura: SOC Gestione Attività Territoriali	Tipo di documento: PROCEDURA OPERATIVA	Codice: PP 08-TER 01	
Redatta da: Direttore SOC GAT	Approvata da: Direttore SOC Distretto VCO	Revisione: 00	
Titolo documento: Percorso Continuità di Cura Ospedale-Territorio	Emesso il: 09/05/2017	Pagina 10 di 10	

## FORMAZIONE

L'ASL organizza momenti formativi rivolti, in modo particolare ai componenti del NDCC e del NOCC, oltre che ai medici di reparto e ai coordinatori infermieristici sia ospedalieri che territoriali per la condivisione del modello organizzativo delineato in questa procedura aziendale. Particolare attenzione deve essere posta nell'utilizzo dei sistemi informatici che sono alla base del governo dell'intero sistema. Tale formazione è estesa anche ai Soggetti erogatori sia delle Strutture di Postacuzie che delle Strutture Residenziali Socio-Sanitarie con cui andranno condivise sia le modalità di presa in carico e di dimissione del paziente, anche attraverso l'utilizzo del medesimo strumento informatico, che i criteri di ricovero da Ospedale a Territorio.

## BIBLIOGRAFIA

**D.G.R. n. 72-14420 del 20 dicembre 2004:** “Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente

**D.G.R. n. 27-3628 del 28 marzo 2012:** Attuazione Piano di rientro - D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale.

**D.G.R. n. 22-5036 del 11 dicembre 2012:** Approvazione requisiti e procedure per l'accreditamento di strutture con Nuclei per Stati vegetativi/ Stati di Minima Coscienza e Nuclei di Alta Complessità Neurologica.

**Del. DG ASL VCO n. 311 del 28 agosto 2015** - Attivazione p/l CAVS c/o Eremo di Miazzina

**D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015** - “Definizione del fabbisogno della funzione extraospedaliera di continuità assistenziale a valenza sanitaria”

**Determinazione della Direzione Sanità n. 924 del 30 dicembre 2015** “Modalità operative per l'attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS)” con approvazione del relativo manuale di accreditamento per lo svolgimento di tale attività.

**D.G.R. n. 30-3016 del 7 marzo 2016:** “Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 77-2775 del 29 dicembre 2015 e alla D.G.R. n. 6-5519/2013 - Modifiche ed integrazioni agli allegati A), B), C) alla D.G.R. n. 13-2022 del 5 agosto 2015”.

**D.G.R. n. 32-3342 del 23 maggio 2016:** Disposizioni relative all'attivazione di prestazioni di tipo riabilitativo aggiuntive alle attività di continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS) di cui alla D.G.R. n. 6-5519 del 14 marzo 2013 e s.m.i.

**Del. DG ASL VCO n. 330 del 19 agosto 2016** - Attivazione Posti/Letto di Continuità Assistenziale/Pronta Disponibilità c/o le RR.SS.AA. di Premosello Ch., Domodossola e Omegna.



Struttura: SOC Gestione Attività Territoriali	Tipo di documento: ALLEGATO	Codice: ALL 02 di PP 08-TER 01	
Redatta da: Direttore SOC GAT	Approvata da: Direttore SOC Distretto VCO	Revisione: 00	
Titolo documento: FLOW CHART Percorso Continuità di Cura Ospedale-Territorio	Emesso il: 19/04/2017	Pagina 1 di 1	

