

	DOCUMENTO DI ORGANIZZAZIONE	DO CSA O-T Rev. 0
CONTINUITA' SOCIO ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO		

FUNZIONE
CONTINUITA' SOCIO ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO

Data di entrata in vigore:

Documento elaborato da: Micaela Santini	Ruolo: 	Firma:	Data revisione:
Documento verificato da: Direttore Dipartimento Ospedaliero Direttore Dipartimento Socio-Sanitario	Ruolo:  	Firma:	Descrizione modifica:
Documento approvato da: Mara Morini	Ruolo: Direttore Attività Sanitarie e Socio-Sanitarie	Firma: 	

	DOCUMENTO DI ORGANIZZAZIONE	DO CSA O-T Rev. 0
CONTINUITA' SOCIO ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO		

SOMMARIO

PREMESSA

1.FINALITÀ	3
2.ORGANIGRAMMA.....	3
3.RESPONSABILITÀ.....	3
4.PROCESSI.....	5
5.DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE	6
6.ALLEGATI.....	6

	DOCUMENTO DI ORGANIZZAZIONE	DO CSA O-T Rev. 0
CONTINUITA' SOCIO ASSISTENZIALE OSPEDALE-TERRITORIO		

PREMESSA

Il modello tradizionale di assistenza sanitaria basato sull'attesa e focalizzato sull'assistenza alle patologie acute e sull'ospedale è sempre meno in grado di affrontare con successo le sfide rappresentate dall'invecchiamento della popolazione

È necessaria una riconfigurazione dei servizi con incentivazione di forme di "team multi professionale" con competenze multidisciplinari, modalità di lavoro flessibile ed il potenziamento dei servizi informativi con il supporto delle nuove tecnologie informatiche.

Per l'implementazione di modelli assistenziali tipo CCM **Chronic Care Model** diventa di fondamentale importanza individuare i soggetti fragili dal punto di vista sociosanitario e clinico e mappare il loro profilo di rischio e lo stadio delle patologie croniche che si vogliono gestire secondo queste modalità assistenziali integrate.

La **fragilità** non corrisponde alla disabilità, ma ne è un precursore diretto perché connette le dimensioni biologica e soggettiva di perdita di resistenza e di capacità di adattamento agli eventi negativi e ai fattori di cambiamento. Fornire un supporto alla fragilità significa allora prevenire e allontanare il momento della non autosufficienza in cui il bisogno di assistenza diventa elevato.

1. FINALITA'

Occorre creare un sistema organizzativo capace di focalizzare l'attenzione sulle patologie croniche e la loro prevenzione con un orientamento integrato tra cure primarie e secondarie che sappia essere efficace, responsivo, sicuro ed efficiente, centrato sul paziente. L'esigenza di un modello di presa in carico coordinato, di tipo proattivo, dove vi sia un orientamento all'integrazione tra professionisti sanitari, setting assistenziali, assistenza sociale e sanitaria, non è più procrastinabile.

L'obiettivo generale è assicurare l'attivazione dei percorsi di presa in carico territoriale e dei servizi di supporto alla domiciliarità più appropriati in base alle condizioni del paziente, del contesto familiare e del tipo di risposte e risorse disponibili sulla base delle segnalazioni ricevute (MMG, famiglie, Servizi Sociali, strutture di ricovero, altri servizi).

Gli obiettivi specifici riguardano :

- Assicurare la valutazione multidimensionale e l'integrazione professionale
- Identificare un contesto di cura idoneo alle necessità assistenziali della persona
- Garantire la continuità delle cure nel processo di dimissione protetta
- Curare l'appropriatezza nell'attivazione dei percorsi a supporto della domiciliarità

2. ORGANIGRAMMA

Medico
Infermiere
Assistente Sociale
Fisioterapista

3.RESPONSABILITÀ

Medico:

- Coordina i professionisti
- Accoglie e decodifica in collaborazione col team multi professionale le richieste di cura favorendo l'accesso ai percorsi dei singoli cittadini
- Cura la relazione interprofessionale offrendo un supporto al MMG/Pediatra nella presa in carico di bisogni complessi
- Costruisce relazioni facilitanti con i professionisti di altri enti e/o dipartimenti interni ed esterni all'ISS coinvolti nei percorsi di presa in carico e cura
- Garantisce l'equità di accesso e di fruizione delle risorse da parte dei cittadini
- Presidia il raggiungimento degli obiettivi di salute condividendoli con i diversi professionisti e li supporta nel monitoraggio dei processi necessari al raggiungimento degli stessi
- Effettua l'approfondimento/accertamento dei bisogni segnalati attraverso un efficace raccordo con i professionisti delle strutture di ricovero ospedaliere
- Collabora e coordina i gruppi di lavoro per la stesura di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali.

Infermiere:

- Accoglie e decodifica in collaborazione col team multi professionale le richieste di cura favorendo l'accesso ai percorsi dei singoli cittadini
- Effettua l'approfondimento/accertamento dei bisogni segnalati attraverso un efficace raccordo con i professionisti delle strutture di ricovero
- Facilita e partecipa alla valutazione multidimensionale, secondo la logica dell'integrazione e della continuità delle cure al fine di identificare il setting più appropriato di cura (ambulatoriale, domiciliare, residenziale).
- Concorre all'avvio della presa in carico territoriale; in particolare, provvede al coinvolgimento/attivazione dei professionisti di riferimento al fine di garantire gli interventi di natura assistenziale necessari.
- Verifica l'attivazione di servizi e percorsi affinché il rientro al domicilio sia accompagnato anche dalla fornitura di prodotti farmaceutici ed ausili adeguati a garantire la continuità delle cure necessarie.

Assistente Sociale:

- Concorre ad accogliere e decodificare in collaborazione con il team multi professionale le richieste di cura, favorendo l'accesso ai percorsi dei singoli cittadini
- Partecipa in integrazione con i professionisti di riferimento alla valutazione multidimensionale di situazioni assistenziali complesse particolarmente fragili al fine di definire la modalità più idonea di presa in carico (domicilio, struttura residenza).
- Assicura l'integrazione con i colleghi dei servizi sociali territoriali al fine di garantire adeguata e tempestiva presa in carico dei pazienti complessi favorendo la continuità assistenziale ed il rispetto dei tempi di dimissione

Fisioterapista:

- Partecipa a decodificare in collaborazione con il team multi professionale, le richieste di cura favorendo l'accesso ai percorsi dei singoli cittadini.
- Viene coinvolto in accordo con il fisiatra nel piano assistenziale in caso il paziente presenti un bisogno riabilitativo.
- Effettua una valutazione (triage) assieme al fisiatra

- Partecipa in accordo con il fisiatra alla valutazione multidimensionale, secondo la logica dell'integrazione e della continuità delle cure al fine di identificare il setting più appropriato di cura (ambulatoriale o domiciliare).

4.PROCESSI

La funzione di Continuità Socio-Assistenziale si occupa della gestione e presa in carico dei pazienti segnalati dalle strutture ospedaliere e territoriali (cfr Procedura PG CSA O -T 01)

5.DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE

Il Referente Qualità per l'UO/Servizio distribuisce/mette a disposizione copia cartacea/copia informatica del presente documento al personale interessato.

Una copia cartacea del presente documento è distribuita in forma controllata dal Referente Qualità per l'UO/Servizio ai ruoli riportati nella lista di distribuzione.

L'originale cartaceo del presente documento è archiviato dal Referente Qualità per l'UO /Servizio secondo quanto riportato nel modulo "Criteri di archiviazione" della UO/Servizio.

Lista di distribuzione

Ruolo
UUOO Dipartimento Ospedaliero
UUOO Dipartimento Socio-Sanitario

6.ALLEGATI

- Allegato 1 Interfacce
Allegato 2 Organigramma Nominativo-Funzionale

Interfaccia territorio – CSA O-T (Continuità Socio Assistenziale Ospedale Territorio) per rapporto Ospedale-Territorio / Territorio-Ospedale

Il CSA O-T, funzione per la Continuità Socio Assistenziale, è il punto di collegamento tra settori sanitari e socio assistenziali come: ospedale nelle diverse UUOO, UOC CPST (Cure Primarie e Servizio Territoriale), STD (Servizio Territoriale Domiciliare), RSA, servizio disabilità, salute mentale, strutture fuori territorio e terzo settore. I servizi hanno libero accesso al CSA O-T e l'interfaccia si sviluppano in base alla valutazione individuale dei casi. INTERFACCIA OSPEDALE - TERRITORIO: Dimissioni Protette Semplici o Complesse

1. Attivazione del CSA O-T dai reparti tramite scheda di segnalazione e BRASS, con specifica del motivo di segnalazione (sanitario, sociale, socio-sanitaria)
 - CSA O-T ;
 - apertura scheda presa in carico con lettura cartella clinica elettronica (minimo ultimi 90 giorni) ;
 - contatto diretto con i servizi e operatori: MMG, STD, AID e/o AOS per includere informazioni ulteriori del paziente;
 - invio mail agli operatori territoriali coinvolti nel caso;
 - colloquio in reparto con il case manager e contatto diretto con il paziente e/o familiare;
 - ricognizione delle informazioni raccolte e messa in rete dei vari attori coinvolti;
 - invio mail pre-dimissione con probabile data e organizzazione incontro multi professionale in caso di dimissione protetta complessa;
 - se viene effettuata la riunione a seguito di questa viene inviata mail di dimissione, se non viene effettuata si invia subito mail con data di dimissione;
 - avvenuta la dimissione, si invia tramite mail la conferma con gli allegati necessari: lettera di dimissione, scheda infermieristica di trasferimento e consulenze.

INTERFACCIA TERRITORIO - OSPEDALE

L'attivazione del territorio può avvenire per diversi motivi, come la ricognizione del caso post dimissione ospedaliera, necessità della creazione della rete multi disciplinare al domicilio con l'apertura della Scheda Domiciliare, programmazione day hospital per indagine dove sono previsti diversi specialisti coinvolti, indagini sociali, informazioni sugli acquisti o diritti agli ausili assistenziali e riabilitativi, accompagnamento del ritorno al territorio dei pazienti ricoverati fuori territorio al domicilio o ad un'altra struttura idonea ed altro.

1. Attivazione del CSA O-T dal territorio tramite scheda di segnalazione e BRASS, con specifica del motivo di segnalazione (sanitario, sociale, socio-sanitaria).
2. CSA O-T:
3. apertura scheda presa in carico con lettura cartella clinica elettronica (minimo ultimi 90 giorni);
4. contatto diretto con i servizi e operatori: MMG, STD, AID e/o AOS per includere informazioni ulteriori del paziente;
5. invio mail agli operatori territoriali coinvolti nel caso;
6. colloquio con gli operatori sanitari coinvolti, con il paziente e/o familiare;
7. ricognizione delle informazioni raccolte e messa in rete dei vari attori coinvolti;
8. programmazione dell'attività socio assistenziale e sanitaria;

INTERFACCIA FUORI TERRITORIO – ISS

Tramite mail, l'ufficio prestazioni ISS, le strutture convenzionate con l'ISS o il direttore di UO o chi per lui informano il CSA dell'avvenuto ricovero fuori territorio.

Da quel momento il CSA si occupa, insieme al direttore della UO dell'ISS coinvolta, di seguire l'evoluzione delle condizioni del paziente, se richiesto dal direttore di UO mantiene il contatto diretto con i familiari, richiesta ausili, presidi e device adeguati e il rientro al domicilio o indirizzamento ad un'altra struttura idonea.

Nel caso in cui il paziente rientri a domicilio, il CSA O-T coordina i professionisti coinvolti organizzando una riunione se necessario.

1. Mail di attivazione CSA O-T . Inizio ricovero in una struttura esterna;
2. Coinvolgimento dell' UO ISS se non ancora avvenuto.
3. Mail al MMG e altri attori sanitari che avevano già in carico il paziente, con l'avvertimento del ricovero;
4. Presa in carico del paziente con contatto diretto con la struttura e familiari;
5. Accompagnamento del percorso;
6. Programmazione rientro al territorio, coinvolgendo gli attori necessari: MMG, AID o AOS, STD e medici specialisti;
7. Apertura Scheda Domiciliare e stesura PAI se necessario.

Elaborato da: Priscila Moreira do Carmo, Santini Micaela, Maria Elena Guidi

Data: