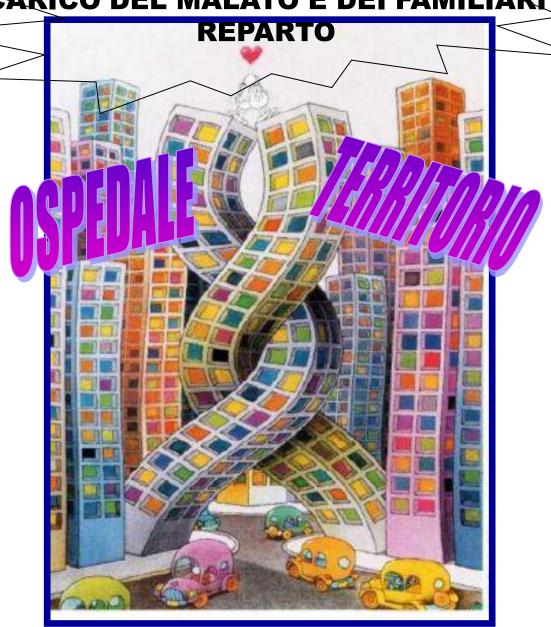
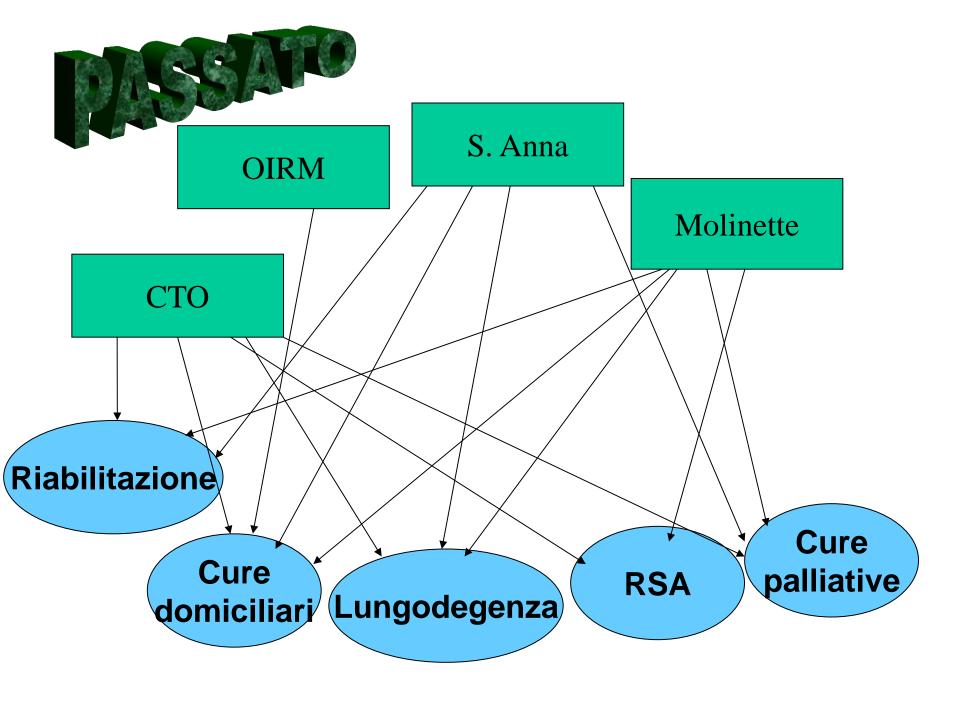
### LA CENTRALE OPERATIVA UNICA PER LA PRESA IN CARICO DEL MALATO E DEI FAMILIARI IN



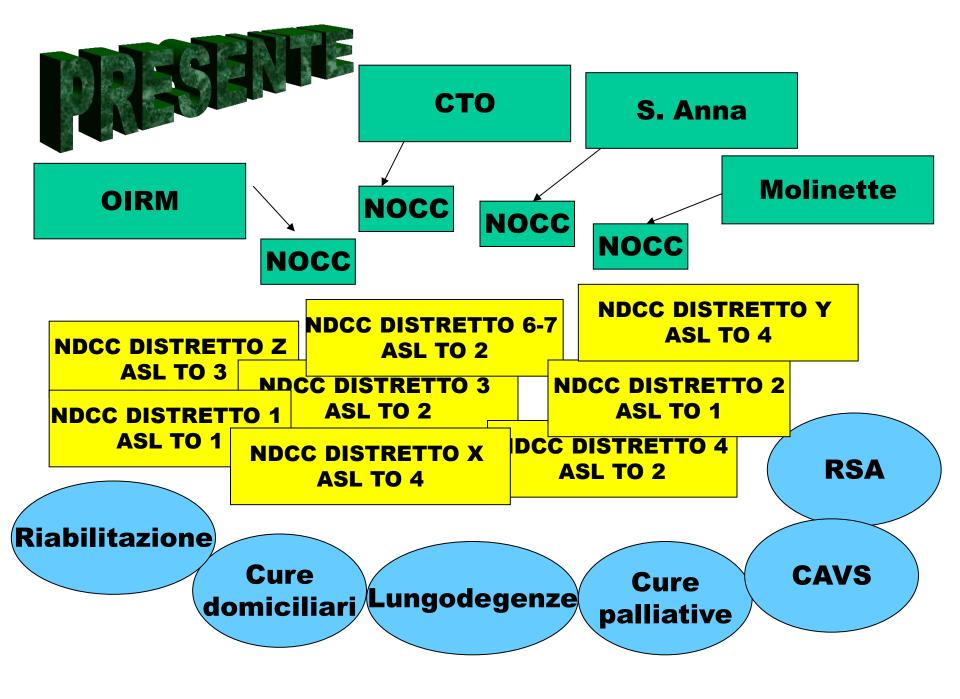




### DGR 27-3628 del 28-3-2012 NOVITA':

# ©istituzionalizzazione dei NOCC e NDCC

@utilizzo di scheda di Brass su tutti i pazienti ricoverati per valutazione rischio alla dimissione



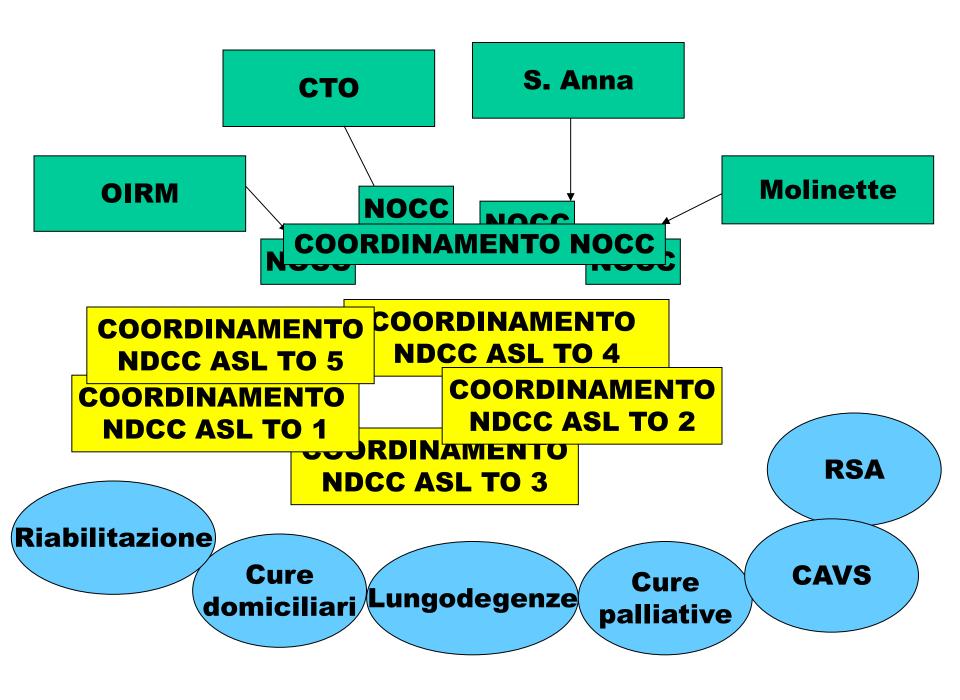


### DGR 26-1653 del 29-6-2015

Interventi per il riordino della rete territoriale...

### **STABILISCE (ALLEGATO A)**

- <sup>®</sup>Un tavolo di coordinamento funzionale dei Distretti che prevede il coordinamento a livello interdistrettuale dei NDCC ...
- © Le ASL nella definizione dei percorsi di presa in carico e continuità assistenziale, coinvolgono obbligatoriamente le Aziende ospedaliere che assicurano il proprio intervento con le loro specifiche funzioni



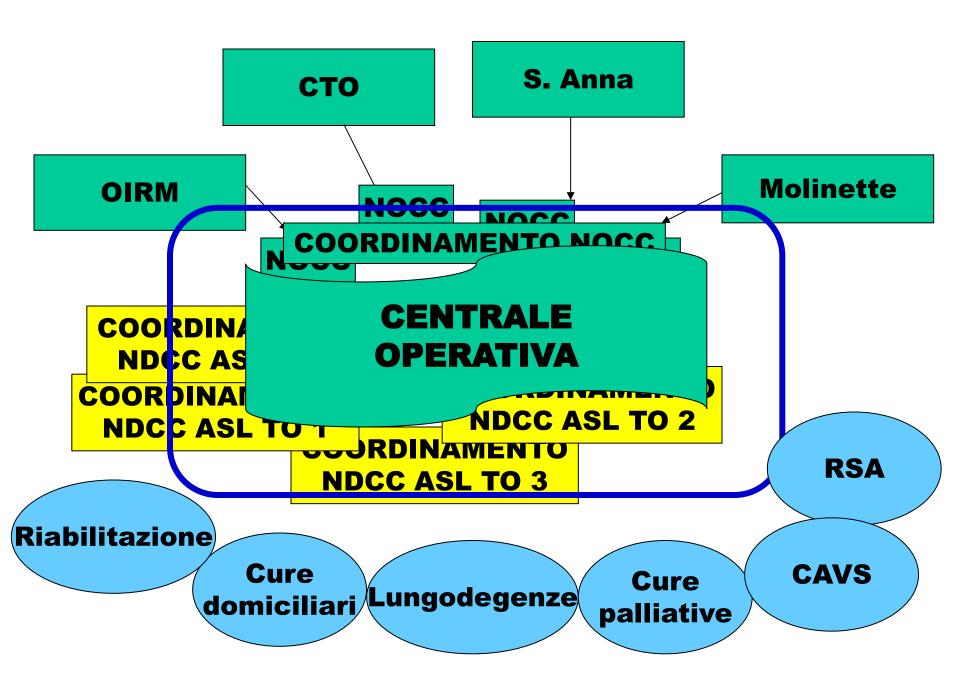


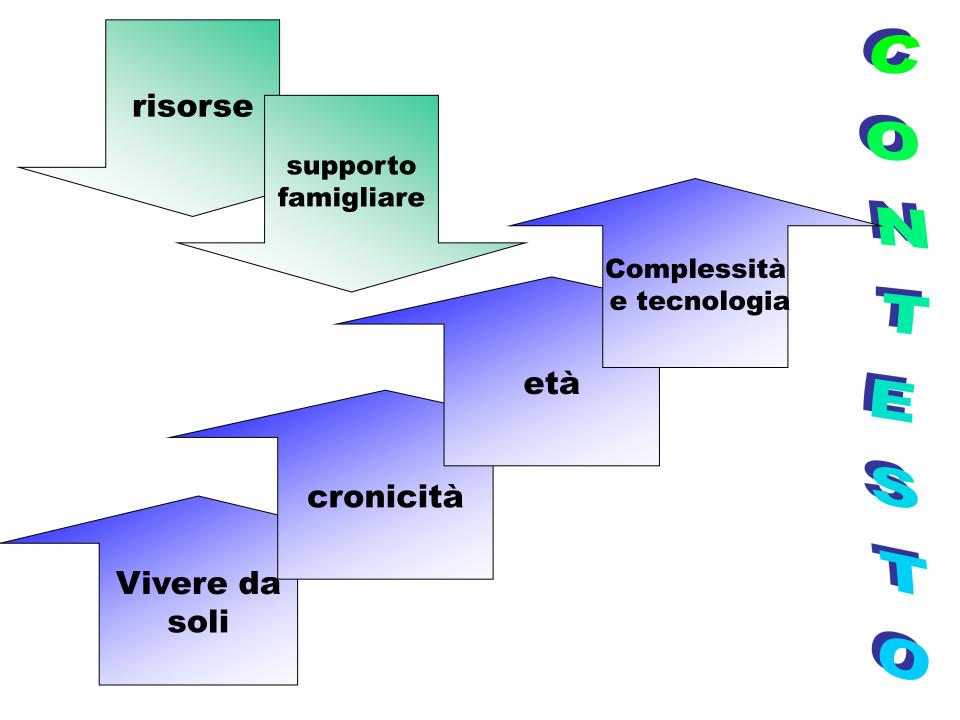
### DGR 26-1653 del 29-6-2015

Interventi per il riordino della rete territoriale...

STABILISCE (ALLEGATO A) che il Distretto abbia la possibilità di dialogo informatizzato con le altre strutture del SSR con particolare riferimento a:

- <sup>®</sup>Alla gestione delle risorse disponibili presso tutti i punti di erogazione pubblici e privati accreditati per ottimizzare l'uso a risposta dei fabbisogni.









### **5876**





II 3,6% (732) ha più di 65 anni



cui 60% ostetrici II 0,6% (117) ha più di 80 anni



II 39% (2964) ha più di 65 anni



II 11% (807) ha più di 80 anni



II 54% (15136) ha più di 65 anni



S.G.A.S (S. Giovanni Antica Sede) Città della Salute e della Scienza: N T E Molinette (S. Giovanni Battista) Parco Caduti Lager Nazisti I.R.V. O.I.R.M. (Istituto di Riposo della Vecchiaia) (centro Traumatologico Ortopedico) S.Anna (Ospedale Infantile Regina Margherita) (Ospedale Ostetrico Ginecologico)

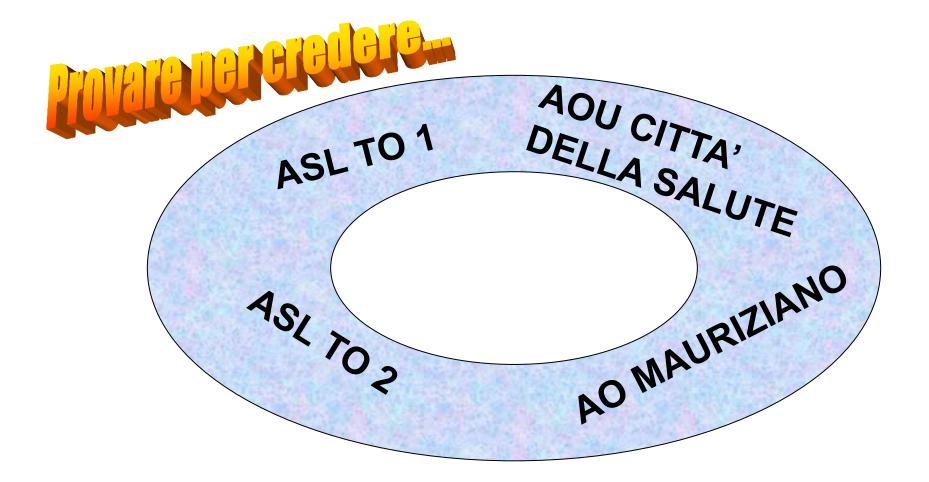


**OIRM** 495 casi

247 casi (ginecologia) di cui 35% con più di 65 anni

1106 casi di cui 61 % con più di 65 anni

2280 casi (8 reparti) di cui 80% con più di 65 anni



#### **DAL 1 GENNAIO AL 30 GIUGNO 2015**

- •15 RIUNIONI
- •85 CASI "CRITICI" ANALIZZATI (19% DEL TOTALE DELLE SEGNALAZIONI INVIATE)

21 in CAVS

13 in cure domiciliari

14 in strutture residenziali definitive

5 in RRF o lungodegenza

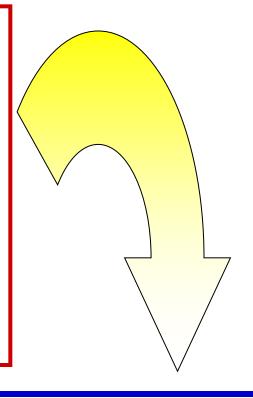
5 in cure palliative domiciliari o hospice

1 in ospedalizzazione a domicilio

1 in comunità alloggio

14 deceduti

11 domicilio (con o senza ausili)





	casi discussi	<b>CAVS</b>
Gennaio	8	2
Febbraio	33	11
Marzo	5	1
Aprile	19	6
Maggio	12	1
Giugno	8	0

DATA DISCUSSION E CENTRALE	19/10/ 2015	asl	pres	opera tore	rich NOC C	rispos ta	Casi precedenti: 11 (1 mauriziano)
xxxx Antonio	1962	2	Mol. Med. 3	S	Hospi ce		Dott. Baldassarre 011,.633.5543. A.S. Consigliato CAVS. Non ancora idoneo all'hospice Adenoma polmonare in MTS. Il Sert della TO 2 è in attesa di atuorizzazione dalla DS per inserimento in comunità. La DS ha chiesto relazione. Ancora in attesa
yyy Federico	6aa	2	OIRM	SC	ADI e presi di		Grave trauma per caduta cancello. Problemi ortopedici sotto controllo. Grave pancreatite. Richiesta di cure domiciliari, FKT e presidi. Ancora ricoverato per motivi clinici. Verrà dimesso in ADI + presidi. Aggravamento clinico della pancreatite.
ZZZ Giuseppe		2	СТО		LDG		Rifiutata richiesta CAVS perchè paziente clinicamente complesso.Richiesta LDG senza risultato. FattaUVH per TSA def.Rivalutare se possibile invio in LDG
aaa Graziella	53 aa	1	Mol. Med. 3	Р	CAV S		In terapia antib. per spondiloscite. SERT via Montevideo. Contuzzi e Sert si sono messi in contatto ma è in attesa di risposte dal sert. Manca progetto dopo CAVS. Comunità non idonea per disabile. Non necessaria RRF per il reparto si per il sert.
bbb Marietta	1937	1	IRV				Udienza per interdizione il 23/10/15. Situazione familiare molto difficile.
							nuovi casi – 11 casi precedenti - TOTALI risolti – da risolvere

# Objettiv

- FAVORIRE, SVILUPPARE E PROMUOVERE IL COORDINAMENTO TRA NOCC DELLE AZIENDE OSPEDALIERE E NDCC DELLE ASL
- SOSTENERE L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO ATTRAVERSO LA CONOSCENZA, LA CONDIVISIONE, LO SCAMBIO DERIVANTE DALLA MESSA IN COMUNE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI E DELL'OPERATIVITÀ DELLE DIVERSE AZIENDE COINVOLTE;
- SUPERARE LE CRITICITÀ CHE IMPEDISCONO LA DIMISSIONE DI PAZIENTI IN SITUAZIONE DI ELEVATA COMPLESSITÀ CLINICO-ASSISTENZIALE E/O SOCIALE ATTRAVERSO UN'ANALISI DETTAGLIATA E CONDIVISA DEI CASI E L'INDIVIDUAZIONE DI PROGETTI AD ELEVATA SPECIFICITÀ;



- ●ASSICURARE UNA LETTURA ADEGUATA DELLA COMPLESSITÀ DEI PROBLEMI DA AFFRONTARE ATTRAVERSO LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE E MULTIDISCIPLINARE CAPACE DI MISURARE LE DIVERSE COMPONENTI DI VULNERABILITÀ
- CREARE UN OSSERVATORIO DI CASI-SCUOLA CHE PERMETTONO DI
  - XIDENTIFICARE MIGLIORAMENTI PROCEDURALI
  - \*EVIDENZIARE E MISURARE PROBLEMATICHE NON ANCORA NOTE
  - **XAPPROFONDIRE ASPETTI NORMATIVI**
  - **XAUMENTARE LE CONOSCENZE SUL TEMA DELLA CONTINUITÀ**DELLE CURE.

# PERCORSI DI DIMISSIONE

# FLESSIBILITA

- NELL'UTILIZZO DELLE RISORSE
- NELL'INTEGRAZIONE TRA PROFESSIONISTI
- NELLA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE
- NELLA SCELTA DEL SETTING

# APPROPRIATEZZA

VALUTAZIONE OGGETTIVA, OMOGENEA, CONDIVISA, MULTIPROFESSIONALE



APPROPRIATEZZA E TRASPARENZA

## Domande e criticità

- \* l'individuazione di criteri condivisi per l'invio dei pazienti in dimissione verso letti di lungodegenza o letti CAVS
- \*la possibilità di attuare percorsi di postacuzie predefiniti dalle AsI per i loro residenti che garantiscano trasparenza ed equità ai pazienti ricoverati
- \* l'allocazione sul territorio dei posti letto di postacuzie
- \* la centralizzazione a livello dei NOCC e degli NDCC dei flussi informativi e procedurali per le dimissioni in tutti i setting
- \* l'individuazione di percorsi flessibili per tipologie "speciali" di pazienti per i quali al momento sussistono difficoltà alla scelta del setting (ad esempio pazienti con terapie o con divieto al carico per più di 60 giorni, pazienti che necessitano di isolamento, pazienti con comorbidità per patologie psichiatrica o per tossicodipendenza, ecc.)

### Domande e criticità

- \* l'integrazione diretta tra prescrittori ed erogatori per la fornitura di presidi ed ausili.
- \* terapie farmacologiche che per tipo di farmaco, per modalità di somministrazione o per frequenza di somministrazione non sono proseguibili in ambito di cura di postacuzie o di CAVS
- \* la complessità di tecnologie non sostenibili in regime di postacuzie (ventilazione, portatori di PEG, di tracheostomia in nutrizione parenterale totale)
- \* l'attivazione di cure domiciliari in assenza di care giver o con care giver "insufficiente"
- \* i tempi per l'assegnazione del posto in RSA
- \* la fruibilità dei diversi setting assistenziali post dimissione per gli stranieri



# STABILIZZARE CON UN A.O. PROTOCOLLODI INTESA OSPEDALI NOCC

### TAVOLO DI COORDINAMENTO

ASL
DISTRETTI
NDCC

CONDIVISIONE COLLABORAZIONE INTEGRAZIONE VALUTAZIONE