
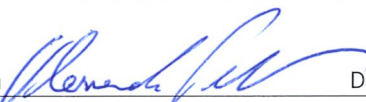
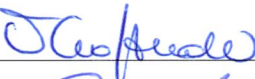







**PROCEDURA
ORGANIZZATIVA
TERRITORIALE****1. TITOLO
GESTIONE UDO****2. DOCUMENTO D'IDENTIFICAZIONE**

Numero del documento #	SOP-PBM01101
Autore	Alessandro Corsi 

3. RELEASE PROCEDURA

Responsabile del processo			
Alessandro Pellegrino	Firma 	Data	18/12/2023
QM			
Valentina Gioffreda	Firma 	Data	14/12/2023
Amministratore Delegato			
Oliviero Pelosini	Firma 	Data	18/12/23
Direttore M&S			
Alessandro Pellegrino	Firma 	Data	18/12/2023
EHS			
Francesco Baraldi	Firma 	Data	15-12-23
Coordinatore Territoriale			
Giovanni Ciluffo	Firma 	Data	15.12.23
Responsabile Sanitario - Medico			
Alessandro Corsi	Firma 	Data	15/12/23

4. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo della presente procedura è quello di descrivere le caratteristiche generali e l'organizzazione del servizio di cure domiciliari (C-Dom) della società B.BRAUN, le risorse umane, gli obiettivi del servizio, la tipologia delle prestazioni erogate, la presa in carico dell'utenza, la gestione della valutazione del bisogno attraverso strumenti validati, la definizione del PAI, i criteri e le modalità di accesso, di comunicazione interna, le modalità di passaggio di consegne e criteri di dimissioni e di valutazione. Si applica a tutto il personale afferente.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

DGR 6867/2022 Determinazioni in ordine all'assistenza domiciliare integrata in attuazione dell'intesa del 4 agosto 2021 di approvazione dei requisiti di esercizio e accreditamento dell'adi, nell'ambito della cornice programmatica costituita dalla missione 6 del pnrr, dal dm 77 del 23 maggio 2022 recante "modelli e standard

per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale", dal dm 29 aprile 2022 di approvazione delle linee guida organizzative contenenti il «modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare» e nel più generale quadro del potenziamento della sanità territoriale disposto con l.r. 22/2021 – (atto da trasmettere al consiglio regionale)

DGR 2569/2014 Revisione del sistema di esercizio e accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie linee operative per le attività di vigilanza e controllo

DGR 1765/2014 Il sistema dei controlli in ambito sociosanitario: definizione degli indicatori di appropriatezza in attuazione della dgr x/1185 del 20/12/2013

6. DESCRIZIONE

6.1 DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Coord.Inf.: Coordinatore personale area infermieristica e assistenziale

DS: Direzione Sanitaria

Inf.: Infermiere/i

RL: Rappresentante Legale

AdS: Amministratore di Sostegno

RSA: Residenza Sanitaria Assistenziale

ICA: indice di complessità assistenziale

SDO: scheda di dimissione ospedaliera

VMD: valutazione multidimensionale

CO: Centrale operativa

PZ: paziente

CG: Caregiver

Le cure domiciliari (C-Dom) operano nei locali siti al Piano 1 presso l'edificio di B.BRAUN per tutti gli utenti in funzione dei bisogni. L'attività è integrata ed è rivolta a tutte le persone con perdita parziale o totale di autonomia transitoria o definitiva. Gli obiettivi del servizio hanno lo scopo di garantire le cure necessarie per la permanenza dell'assistito al domicilio, nel proprio ambiente di vita, per migliorare la qualità di vita, favorire la continuità delle cure per la stabilizzazione delle condizioni generali. Occorre valorizzare la capacità di cura dei familiari e implementare le loro capacità attraverso momenti di educazione sanitaria e di trasferimento di competenze specifiche. La C-Dom, si colloca nella rete dei servizi sociosanitari volti a garantire alle persone in condizione di fragilità, prestazioni sociosanitarie integrate a domicilio declinate all'interno di un piano di assistenza individuale ed erogate da personale qualificato, in possesso degli specifici titoli professionali. L'assistenza si delinea come complementare e non sostitutiva del caregiver formale o informale. Il Personale C-Dom può quindi integrare e sostenere presenze familiari e/o collaboratori esistenti e disponibili ma non sostituirli completamente.

6.2 CRITERI DI ELEGGIBILITA'

Le C-Dom sono rivolte a persone in situazione di fragilità caratterizzata dalla presenza di:

- Una situazione di non autosufficienza parziale o totale di carattere temporaneo o definitivo;
- Una condizione di non trasportabilità con mezzi propri;
- Una presenza di una rete familiare e/o formale o informale di supporto;
- Un bisogno sanitario e sociosanitario gestibile al domicilio;
- Caratteristiche abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza;

**PROCEDURA
ORGANIZZATIVA
TERRITORIALE****6.3 UBICAZIONE**

La C-Dom opera nei locali siti via Vincenzo da Seregno, 14 Milano presso B.Braun

Il funzionamento della Centrale Operativa (CO). La segreteria è ubicata nella sede operativa e organizzativa della società B.Braun per la raccolta delle segnalazioni. Le attività sono così distribuite:

- l'attività amministrativa è garantita per 5 giorni a settimana da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00

L'attività sanitaria è garantita:

a) per 5 giorni a settimana (da lunedì a venerdì) per i percorsi che prevedono solo attività prestazionali o mono professionali;

b) per 7 giorni settimanali per i percorsi che prevedono attività domiciliari integrate in numero non inferiore a 49 ore settimanali per le attività integrate e in ragione della risposta al bisogno collegato ai Piani di Assistenza Individuali aperti. È prevista la possibilità di accoglimento dei messaggi degli assistiti tramite segreteria telefonica negli orari di chiusura, assicurata per almeno 7 ore al giorno con numeri di telefono dedicato per la raccolta delle segnalazioni. La Centrale Operativa è accessibile al pubblico ed è possibile ricevere informazioni per le segnalazioni di assistenza contattando telefonicamente i seguenti riferimenti: 02/66218307 dal lunedì al venerdì dalle 09:00 alle 17:00 e attraverso colloqui a domicilio dell'utenza e-mail: curedomiciliari.it@bbraun.com

Per informazioni relative alla segnalazione di presa in carico degli utenti, negli orari di chiusura della Centrale Operativa, è attivato un sistema di segreteria telefonica contattando il numero della Sede operativa 02.66218307, gli utenti che necessitano di presa in carico verranno contattati alla riapertura del servizio.

Accesso al Servizio

Il servizio opera 365 giorni all'anno attraverso interventi programmati e articolati in base al PAI, prefestivi (sabato), e festivi (ore 9:00-17:00) attraverso numeri telefonici dedicati in regime di pronta disponibilità solo telefonica a cui gli utenti e operatori possono fare riferimento. Per l'utenza che necessita di presa in carico si veda la descrizione nel paragrafo segnalazioni.

6.4 ORGANIZZAZIONE DEL PERSONALE

La dotazione del personale è proporzionata alla tipologia di attività erogata, attraverso l'integrazione tra loro delle diverse figure professionali.

L'équipe è costituita da:

- ☐ Un medico con funzione di Responsabile sanitario medico
- ☐ Un coordinatore professioni sanitarie, con funzione di coordinamento di natura gestionale-organizzativa sulle attività assistenziali e responsabile infermieristico.
- ☐ Medici Specialisti (fisiatra e geriatra).
- ☐ Coordinatore territoriale, con funzioni di coordinamento del servizio C-Dom
- ☐ Operatore sociosanitario (OSS).
- ☐ Psicologo con funzioni di supporto per i pazienti.

L'organizzazione garantisce la continuità assistenziale attraverso la gestione di eventuali cambi e sostituzioni del personale di riferimento tramite turni predisposti e governati dal coordinatore professioni sanitarie della UdO.

Comunicazione interna, modalità di passaggio di consegne

Le comunicazioni interne sono assicurate tramite:

- email
- telefono
- briefing interni in presenza o da remoto

Modalità di passaggio di consegna:

- tramite piattaforma Vitaever nella sezione valutazione

- email tra i vari attori coinvolti nel processo assistenziale e la CO
- telefoniche

6.5 MODALITA' DI PRESA IN CARICO ASST VS C-DOM

6.5.1 Presa in carico

La presa in carico del paziente va inquadrata in un processo dinamico che deve adattarsi alle condizioni cliniche-sociali-assistenziali del paziente e dei suoi bisogni. Le C-Dom si avvalgono di una piattaforma informatica, *vitaever*, dove vengono registrate le valutazioni del bisogno sulla base di strumenti validati quali scale e screening, PAI, SIAD, patologie, bisogni del paziente e i relativi interventi domiciliari inseriti nelle singole agende degli operatori.

La società B.BRAUN eroga, nel nuovo assetto territoriale e in relazione al bisogno di salute dell'assistito, livelli di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, cure domiciliari articolate come di seguito:

- cure domiciliari di base: prevedono interventi mono professionali/prestazionali
- cure domiciliari integrate: ADI integrata livelli I, II, IIIA, IIIB, IIIC, IIIC con autorizzazione
- cure domiciliari di alta intensità: ADI post acuta

Le attività di cui sopra sono governate dal MMG/PLS e ASST di concerto con le C-Dom di B.BRAUN per le attività di pertinenza descritte nella DGR 6867/2022.

6.5.2 Modalità di accesso al servizio

Attivazione: prescrizione medica su ricettario regionale in capo al MMG/PLS/ASST

VMD semplificata: di primo livello/triage e compilazione della check list SIAD in capo a ASST/MMG/PLS

I percorsi e le modalità attivabili in questa sezione sono di seguito elencati:

- Prelievo: cure domiciliari base
- Prestazionale generico: cure domiciliari base
- Gestione alvo: cure domiciliari base
- Percorso gestione catetere vescicale: cure domiciliari di base
- Percorso gestione stomie: cure domiciliari base
- Percorso lesioni A B C: cure domiciliari integrate
- Percorso fisioterapia A B C D: cure domiciliari integrate

I percorsi prevedono:

- Coinvolgimento di Figure professionali.
- Valutazione di I livello e check list SIAD.
- Durata e accessi minimi previsti dall'allegato 3 DGR 6867/2022.

VMD di secondo livello dell'area ADI integrata I II e II livello: in capo all'ASST.

Utilizzando lo strumento InterRAI/HC, in relazione ai risultati della VMD di secondo livello, viene definito dalla EVM il Progetto Individualizzato (PI), che contempla aree di intervento, obiettivi perseguibili, figure professionali coinvolte, tipologia degli interventi, loro tempi e durata. Queste variabili devono quindi essere tradotte e applicate nel PAI/PRI. A seguito della comunicazione dell'avvenuta conclusione del processo e la lista dei possibili erogatori pubblici o privati accreditati nel proprio territorio, la famiglia può procedere alla libera scelta e comunicare la decisione, anche per via telefonica o digitale, al distretto e all'ente erogatore prescelto. I livelli I, II, IIIA, IIIB, IIIC, IIIC con autorizzazione, individuano e rispondono a condizioni clinico assistenziali con bisogni complessi che possono richiedere PAI/PRI strutturato, erogato attraverso interventi professionali multidisciplinari, anche tenuto conto della complessità clinica e psicosociale dell'assistito. Questi livelli si definiscono dopo VMD e/o rivalutazione in coerenza con gli indicatori di complessità di instabilità, e con intensità assistenziale (CIA - GEA) con l'impiego di risorse, case mix professionale. È necessario individuare un referente del caso clinico che abbia valenza di referente per il percorso dell'assistito (famiglia/CG/servizi coinvolti), con l'obiettivo di integrazione con altri servizi della rete

per perseguire la continuità delle cure a favore di percorsi di dimissione protetta o il mantenimento a domicilio dell'utenza evitando ricovero ospedalieri impropri.

In questo target rientrano:

- pazienti con bisogni complessi a seguito di ospedalizzazione per acuzie, dimissioni protette.
- Pazienti con quadri clinici cronico-evolutivi e con labile compenso, ad elevato rischio d'instabilità.
- Pazienti con rilevanti fragilità psicosociali.

6.5.3 Processo di attivazione delle C-Dom

Le richieste di attivazione delle C-Dom, da parte della persona, famiglia o altre figure abilitati: MMG/PLS, infermieri di famiglia, reparti ospedalieri, servizi di PS, centrali di dimissione protetta, servizi extra ospedalieri quali cure intermedie, ospedali di comunità avviene con prescrizione del MMG/PLS su ricettario regionale e riguarda le persone impossibilitate agli spostamenti con comuni mezzi.

La prescrizione deve indicare:

- la diagnosi di patologia o di condizione;
- i bisogni o le motivazioni della richiesta di attivazione delle C-Dom, con modalità differenziate per le C-Dom erogabili in forma di percorsi standardizzati e per l'ADI integrata.

- La scheda unica di triage compilata dal MMG/PLS digitalmente nel sistema messo in atto sul territorio e trasmessa al distretto di residenza del paziente con la stessa modalità. Qualora il MMG/PLS sia impossibilitato, può provvedere l'EVM del distretto alla formulazione del Progetto individuale (PI). Per i cittadini non lombardi l'ammissione avviene nel rispetto della normativa vigente, per i cittadini esteri non iscritti, secondo le specifiche normative.

- il percorso valutativo avviene attraverso le fasi che seguono:

- Accoglienza della richiesta pervenuta da familiari/utenti, MMG/PLS, ospedale, segnalazione del comune di residenza/domicilio.
- Segue la valutazione multidimensionale del bisogno secondo strumenti definiti dall'allegato 2 della DGR 6867/2022.
- A seguito della richiesta di attivazione e previa verifica dei criteri di accesso, deve essere effettuata la VMD dei bisogni a cura dell'ASST per la definizione del PI e del PAI e secondo i seguenti strumenti: valutazione di primo livello, che prevede la scheda unica di triage e la VMD di secondo livello, che prevede l'utilizzo dello strumento di VMD InterRai Home Care (RAI/HC) per l'identificazione dell'intensità assistenziale nelle C-Dom integrate.
- L'ente erogatore può chiedere una rivalutazione quando emergono nuovi bisogni di maggiore complessità.
- La valutazione di primo livello viene effettuata in occasione del primo contatto fra chi esprime la richiesta di C-Dom e ogni professionista delegato (MMG, PLS, Case della Comunità, COT, IfeC, operatori di reparti di degenza e PS), con l'obiettivo di discriminare bisogni più complessi.
- L'EVM del distretto, insieme al MMG/PLS con modalità CdC Hub/amb spoke, definisce il progetto individuale (PI) e acquisisce da parte della famiglia/paziente la scelta dell'ente erogatore al fine di garantire l'assistenza. Occorre evidenziare che le modalità di raccordo tra MMG/PLS e CdC ai fini della VMD possono quindi attuarsi anche attraverso collegamenti a distanza tra gli operatori della CdC Hub e Spoke dell'ambulatorio del MMG/PLS, nonché collegamenti da remoto con l'assistente sociale del comune, la persona e/o il suo caregiver.
- Il PI redatto riporta: il percorso assistenziale da protocollo e ovvero la tipologia di prestazioni da erogare con indicazione dei profili professionali da impegnare durante il percorso stesso. Nella stessa sede vengono definiti il numero di accessi mensili da effettuare, la durata della PIC (massimo 90 gg), l'obiettivo assistenziale da perseguire, il valore economico totale.
- EVM provvede alla valutazione periodica (valida per il primo e secondo livello), oltre alla fase di attivazione anche nei casi dopo un ricovero, dopo una sospensione superiore a 15 gg, in presenza di nuovi eventi o variazioni clinico-assistenziali/sociali, nei casi in cui è necessaria una variazione del livello di intensità assistenziale, rilevati dai professionisti domiciliari dell'ente erogatore, dal MMG/PLS, infermieri di comunità, periodicamente e comunque ogni 90 gg.

**PROCEDURA
ORGANIZZATIVA
TERRITORIALE****6.5.4 L'ente erogatore società B.BRAUN nel percorso di presa in carico**

Raccoglie la segnalazione della necessità di assistenza domiciliare.

Valuta entro 24 h dalla segnalazione salvo diverse esigenze dei familiari.

Individua un referente del caso.

Programma la prima visita domiciliare di conferma della necessità di assistenza domiciliare entro 72 ore dalla segnalazione, salvo per esigenze urgenti per le quali è prevista la prima visita entro 24 h. o differibile; durante la prima visita il referente del caso esamina il paziente utilizzando gli strumenti di valutazione validati e inseriti nella sezione dedicata nel portale vitaever.

Elabora il PAI sulla base del PI che condivide con il paziente/caregiver.

Le prestazioni di riabilitazione ricomprese nel PAI possono essere attivate anche successivamente alle 72 ore.

Visite successive secondo quanto individuato nella VMD.

Rivalutazioni da parte dell'EG.

Chiusura del percorso di ADI/richiesta di rinnovo o rivalutazione da parte di ASST.

6.6 RACCOLTA DELLE SEGNALAZIONI

È accessibile al pubblico e raggiungibile telefonicamente contattando il numero 02 66218307 o via mail al seguente indirizzo mail: curedomiciliari.it@bbraun.com.

Il servizio è attivo da lunedì a venerdì dalle ore 9.00 alle ore 17.00

Per informazioni relative alla segnalazione di presa in carico degli utenti il servizio telefonico è sempre attivo.

6.7 LA VALUTAZIONE DEL C-DOM

Previo verifica della sede di residenza del paziente, salvo diversa richiesta dei famigliari e a seguito della valutazione positiva da parte di ASST alla presa in carico, si avvia il processo per l'erogazione della prima visita domiciliare attraverso l'assegnazione al Coordinatore territoriale di riferimento della società B.BRAUN entro e non oltre le 72 h dalla segnalazione, concordando con la famiglia/utente il giorno e l'ora della visita.

Durante la prima visita saranno indagati e valutati i seguenti punti:

- La storia clinica del paziente;
- Il possesso della Prescrizione su ricettario SSR in originale;
- La valutazione clinico-funzionale redatta mediante strumenti validati quali: di default Barthel, Braden, Morse, scale del dolore secondo la possibilità di comprensione e astrazione da parte del paziente, altre scale validate secondo il bisogno emerso;
- La condivisione dell'avvio del percorso di cura con i familiari/caregiver e quando possibile con il paziente;
- La identificazione delle figure coinvolte e la condivisione del PAI sottoscritto tra le parti;
- La presenza di un caregiver;
- Il consenso informato alle cure e al trattamento dei dati sensibili (richiesto al paziente stesso durante la prima visita o al caregiver se il paziente è temporaneamente impossibilitato a fornirlo);
- La verifica dell'ambiente domiciliare adeguato con eventuale bisogno di ausili/presidi;
- La fornitura di informazioni sulle caratteristiche del Servizio offerto e della documentazione utile compresa dei contatti telefonici e delle modalità di raccordo con i professionisti dedicati e la centrale operativa;
- La compilazione del FASAS del paziente con particolare riferimento al PAI disponibile presso il domicilio della persona assistita, aggiornato in relazione al variare dei bisogni e del Diario assistenziale per la registrazione delle prestazioni erogate dai diversi operatori,

**PROCEDURA
ORGANIZZATIVA
TERRITORIALE**

datate e controfirmate dall'operatore, al fine di assicurare l'integrazione degli interventi ed il trasferimento reciproco delle informazioni per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali.

- La consegna della carta dei servizi, il modulo di revoca, la Customer Satisfaction, l'informativa ai sensi dell'art. 5, comma 4, del regolamento (UE) n. 679/2016;

Al termine della visita, il Case Manager territoriale si raccorda con la centrale operativa (CO) della sede (Care Manager e Case manager di sede) per le consegne del caso e per eventuali criticità da gestire, in modalità telefonica e/o vie email.

A seguito di esito positivo, si assegna il paziente al professionista Case Manager competente per il caso specifico che ne seguirà il percorso sino alle dimissioni.

Durante il percorso di cura saranno redatte rivalutazioni secondo il bisogno e i tempi previsti dalla normativa vigente di erogazione del servizio.

6.8 IL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

Il PAI coerente con il PI redatto da ASST è disponibile insieme ai dati della valutazione di primo e secondo livello all'ente gestore prescelto per l'erogazione del percorso di cure individuato. Una volta visualizzata la VMD e a seguito del primo accesso il professionista della società B.BRAUN definisce il PAI e individua:

- i profili professionali e le risorse umane per l'erogazione del servizio,
- la tipologia di prestazioni con riferimento al protocollo definito,
- la frequenza e il timing degli accessi a domicilio,
- gli indicatori di esito rispetto agli obiettivi definiti all'esito della valutazione nel PI.

Alla presa in carico la società B.BRAUN garantisce la definizione del PAI relativo ai percorsi, condiviso e sottoscritto tra le parti (case manager e CG/Pz/famiglia), redatto anche in linea con quanto indicato nel percorso; prevedendo attività integrate che contengano:

- la valutazione multidimensionale dei bisogni assistenziali;
- l'identificazione degli obiettivi di salute;
- la pianificazione delle attività;
- la definizione delle attività e delle prestazioni da erogare coerenti con i bisogni rilevati e con il progetto;
- le figure professionali coinvolte e il referente del caso (case manager);
- il caregiver della persona assistita;
- gli aggiornamenti/monitoraggio effettuati sulla base della rivalutazione periodica di bisogni.
- la dimissione dell'utente con motivazione specifica

Per i percorsi che prevedono solo attività prestazionali il PAI semplificato deve contenere almeno:

1. valutazione/condivisione/pianificazione attività/verifica risultati raggiunti;
2. verifica che le attività previste vengano effettuate.

Se durante lo svolgimento del percorso, emergono necessità di livello superiore, propone indicandone le relative motivazioni una rivalutazione del caso l'EVM del distretto prende atto della richiesta e:

- rigetta la richiesta, confermando il percorso se non la ritiene motivata
- rivaluta il percorso

6.8.1 Visite specialistiche

Le visite specialistiche richieste dalla DGR 6867/2022 in C-Dom, vengono evase dalla CO in ragione dei bisogni clinico-assistenziali emersi e previa richiesta del MMG/PLS/ASST. La BBraun si avvale di medici specialisti che, alla luce del bisogno emerso, vengono coinvolti nel processo clinico- assistenziale per rispondere al bisogno specifico. Le visite possono essere richieste nella fase precedente di presa in carico, previa richiesta dell'ASST/MMG/PLS, o successivamente al percorso assistenziale, nel rispetto dei criteri di appropriatezza.

6.9 TRASFERIMENTO DI COMPETENZE E EDUCAZIONE SANITARIA AL CG E UTENTE

In occasione della prima visita viene consegnato all'utente/caregiver un fascicolo contenente le indicazioni necessarie alla prevenzione dei rischi più comuni in ambito domiciliare con la raccomandazione di attenta lettura. Particolare enfasi va posta, durante il percorso di cura, all'educazione sanitaria in relazione ai bisogni emersi. Si possono identificare di default gli ambiti comuni che necessitano di un percorso di addestramento rivolto al CG e/o all'utente/familiari. In occasione della prima visita e nelle visite successive, il Case Manager valuta le necessità educative e le caratteristiche delle persone o del gruppo di destinatari con particolare riferimento a:

Possibilità e disponibilità di apprendere, informazioni già possedute, altre variabili che influenzano le strategie educative, l'approccio, i risultati attesi;

Valuta le risorse disponibili, umane, materiali e l'ambiente di apprendimento;

Sceglie le metodologie/tecniche educative congruenti con il bisogno dell'utente e le sue caratteristiche;

Spiega l'importanza dei contenuti e del rispetto delle precauzioni illustrate;

Incoraggia la persona a partecipare attivamente all'apprendimento attraverso la sollecitazione di domande o dubbi, insicurezze, perplessità e fornisce feedback sottolineando i risultati positivi raggiunti;

Verifica l'apprendimento anche periodicamente e identifica eventuali variazioni del piano educativo;

Registra nel diario l'attività educativa svolta sottoscritta tra le parti, quale evidenza di condivisione della somministrazione delle pillole educative.

Lo scopo dell'attività è quello di educare per quanto attiene le principali tematiche correlate all'assistenza domiciliare ed in particolare:

- La prevenzione delle infezioni.
- La sicurezza ambientale previa valutazione dell'ambiente di vita dell'utente.
- La prevenzione delle cadute accidentali e valuta la necessità di ausili utili a tale scopo.
- La prevenzione delle lesioni da pressione.
- Lo smaltimento dei rifiuti/farmaci scaduti.
- La corretta somministrazione dei farmaci.
- La corretta gestione delle linee infusive in cvp o ipodermoclisi.
- Altre specifiche pillole educative sulla base dei bisogni emersi.

Tra gli obiettivi della presa in carico assistenziale, viene dato rilievo alla valorizzazione e al sostegno del ruolo della famiglia, garantendo l'attività educativa di formazione e addestramento necessaria ai familiari/ caregiver per la gestione della persona assistita a domicilio, formalizzata nel diario assistenziale sottoscritto tra le parti quale evidenza di condivisione della somministrazione delle pillole educative.

6.10 DIMISSIONI

6.10.1 Chiusura del piano assistenziale

Al momento in cui si verifica una delle possibili cause di chiusura dell'assistenza domiciliare, il Case Manager territoriale provvede a registrare nel FASAS la data della chiusura dell'assistenza domiciliare e il relativo motivo, comunicando la dimissione alla CO, previa verifica degli indicatori di esito.

6.10.2 Causali di dimissione

Le ragioni che possono causare la chiusura della presa in carico dell'assistenza domiciliare possono essere:

- dimissione volontaria (rifiuto del malato e/o della famiglia alla continuazione della assistenza);
- ricovero definitivo in ospedale;

**PROCEDURA
ORGANIZZATIVA
TERRITORIALE**

- decesso in ospedale;
- decesso a domicilio;
- trasferimento presso Hospice;
- trasferimento in altro setting di cura domiciliare;
- trasferimento in residenza sanitaria;
- cambio residenza;
- non appropriatezza;
- completamento del programma assistenziale.

6.10.3 Trasferimenti

In caso di trasferimento ad altro setting di cura/struttura, il Case Manager con il supporto della CO, facilita il passaggio di cura attraverso la rete, che vede a confronto e in raccordo i professionisti coinvolti, identificandone il percorso più appropriato e i responsabili all'interno della rete stessa. L'identificazione chiara del percorso all'interno di realtà diverse tra loro è un fattore chiave per facilitare e rendere efficace sia la comunicazione, sia il passaggio in cura.

6.10.4 Chiusura amministrativa

In caso di sospensione del servizio per ricovero o per altri motivi, è necessario darne evidenza sul foglio di diario. In caso di sospensione superiore ai 15 giorni, il titolo deve essere chiuso obbligatoriamente. L'assistito e/o la famiglia devono pertanto ripresentare richiesta con impegnativa alla ASST di appartenenza per poter riaprire un ulteriore percorso di cura.

6.11 INVIO FLUSSI

L'invio dei flussi avviene trimestralmente secondo quanto comunicato da ATS. Utilizzando l'applicativo vitaever della società B.Braun, si genera il flusso SIAD, con i dati di produzione del servizio, ed il flusso Fe4 con i dati economici. I flussi così elaborati vengono a loro volta caricati sul portale dsp-Flux dell'ATS Città di Milano per la convalida e l'invio in Regione. Ogni dato pervenuto al di fuori della data stabilita, non potrà essere inserito nel portale, e pertanto non potrà essere rendicontato.

6.12 MONITORAGGIO

Per una corretta valutazione del servizio si prevede un costante monitoraggio valutando annualmente:
N° utenti dimessi per ricovero, trasferimento, decesso e luogo di decesso, completamento programma assistenziale, dimissioni volontarie, / N° utenti presi in carico nell'anno di riferimento

7. STORIA DELLE REVISIONI

Revisione n°	Principali modifiche
0	Nuova emissione