

Allegato 1



ACCORDO DI PROGRAMMA SULLE DIMISSIONI PROTETTE

ACCORDO ASP AMBITO 9-AST ANCONA

ACCORDO DI PROGRAMMA

Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per la gestione integrata delle dimissioni protette fra l'ASP Ambito 9 e l'AST di Ancona

Il presente Accordo Interistituzionale definisce e regola i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale per la gestione integrata delle dimissioni protette. L'accordo di programma delinea il Percorso assistenziale integrato per le dimissioni protette, secondo le tre aree di responsabilità Istituzionale, Gestionale/Organizzativa e Professionale.

L'**Accordo** declina gli impegni reciproci che le parti assumono per la gestione delle dimissioni protette, come definite dalla programmazione nazionale e regionale. A questo proposito l'Accordo reca i seguenti allegati che definiscono:

- A. Indicazioni per il coordinamento tra LEPS sociali e LEA sanitari nella domiciliarità;
- B. Progetto organizzativo delle dimissioni protette;

L'accordo è stipulato dal Presidente del Comitato dei Sindaci per i contenuti che coinvolgono l'Ambito territoriale sociale e dal Direttore generale dell'azienda sanitaria territoriale.

Accordo di Programma

Il Comitato dei Sindaci dell'Ambito Sociale n.9 di Jesi, rappresentato dal Presidente..... nato/a il
ecc.

L'Azienda sanitaria territoriale di Ancona, rappresentata dal Direttore Generale
..... nato/a il ecc.

Considerate:

- la Legge 33/2017, il D.lgs. 147/2017 e la Legge 234/2021;
- il D.P.C.M. 29 novembre 2001 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza' e il D.P.C.M 12 gennaio 2017 'Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza';
- LEGGE 30 dicembre 2021 , n. 234. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024;
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Avviso pubblico 1/2022 per la presentazione di Proposte di intervento da parte degli Ambiti Sociali Territoriali da finanziare nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore", Sottocomponente 1 "Servizi sociali, disabilità e marginalità sociale", Investimento 1.1 - Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti, Investimento 1.2 - Percorsi di autonomia per persone con disabilità, Investimento 1.3 - Housing temporaneo e stazioni di posta, finanziato dall'Unione europea – Next generation Eu. 15 febbraio 2022: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/Documents/DD-5-del-15022022-Avviso-1-2022-PNRR.pdf>
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, 2021, <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Piano-Nazionale-degli-Interventi-e-dei-Servizi-Sociali-2021-2023.pdf> ;
- Regione Marche D.G.R. n. 1237 del 18/10/2021: Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta;
- Regione Marche D.G.R. n. 110 del 23/2/2015: Piano regionale socio sanitario 2012-2014 – istituzione e modalità operative dell'Unità operativa funzionale sociale e sanitaria (UOSES).

Allo scopo di disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria e, nello specifico del presente Atto, per le persone con non autosufficienza;

CONVENGONO

Titolo I – Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione

Art. 1 - Oggetto

Il presente Accordo di Programma definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale fra l'ASP Ambito 9 di Jesi e l'Azienda Sanitaria territoriale (AST) di Ancona necessari per l'attuazione del Livello Essenziale delle Prestazioni sociali relativo alle dimissioni protette in attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1 comma 170 della L. 234/2021.

Allo svolgimento delle dimissioni protette integrate definite dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale attraverso l'ASP Ambito 9 e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze.

Art. 2 – Organizzazione delle dimissioni protette

La “dimissione protetta” è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o residenziale ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

L'attività volta a garantire le dimissioni protette è individuata fra le azioni prioritarie da attivare in tutti gli Ambiti territoriali sociali oltre che nei distretti sanitari, visto il suo riconoscimento come Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS).

Vengono distinte due tipologie di servizio:

1. la prima rivolta all'utenza che può fare riferimento ad un domicilio e quindi “tornare a casa”;
2. la seconda rivolta a persone che non dispongono di una abitazione.

L'organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata delle dimissioni protette viene definita nell'Allegato A, mentre i riferimenti normativi utili per il coordinamento tra lep sociali e lea sanitari nella domiciliarità sono indicati nell'Allegato B al presente Accordo di programma.

Art. 3 – Unità operativa funzionale sociale e sanitaria (UOSES)

Lo strumento di integrazione gestionale e professionale tra ATS e Distretto Sanitario è l'Unità operativa funzionale sociale e sanitaria (UOSES), che provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività disciplinate dal presente accordo. L'Unità operativa funzionale sociale e sanitaria (UOSES) è coordinato dal Direttore del Distretto sanitario e dal coordinatore dell'Ambito territoriale sociale. L' Unità operativa funzionale sociale e sanitaria (UOSES) rappresenta altresì lo strumento di integrazione tra l'Ufficio di Piano e l'Ufficio di coordinamento delle attività sanitarie distrettuali. Per le funzioni di cui all'art. 2 del presente Accordo, L' Unità operativa funzionale sociale e sanitaria (UOSES) si riunisce periodicamente o all'occorrenza.

Art. 4 - Gestione delle informazioni

Gli Enti firmatari Accordo si impegnano a perseguire tutte le soluzioni operative utili alla condivisione delle informazioni necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale integrato. Nell'ambito dei servizi sociosanitari integrati, e al fine di favorire la presa in carico integrata della persona nella sua globalità, gli Enti Firmatari si impegnano a favorire e sviluppare l'interoperabilità tra i loro sistemi informativi nel rispetto della normativa nazionale ed europea su privacy e trattamento dati.

Art. 5 – Organismo di monitoraggio dell'Accordo

Il Comitato dei sindaci di ambito e l'Azienda sanitaria territoriale affidano all'UOSES il compito di monitorare l'andamento del presente accordo, informando periodicamente i rispettivi enti di appartenenza dei risultati raggiunti.

Allegati

Il presente Accordo è completato da due allegati che ne costituiscono parte integrante:

- A. Progetto organizzativo delle dimissioni protette;
- B. Indicazioni per il coordinamento tra LEPS sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità;

ALLEGATO A

PROGETTO ORGANIZZATIVO DELLE DIMISSIONI PROTETTE

Premessa

Le dimissioni protette al domicilio sono un livello essenziale anche nel settore sociale (LEPS).

La legge di bilancio 2022 (L. 234/2021), ha approvato sei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) prioritari ed uno di questi è costituito dai “Servizi sociali per le dimissioni protette”.

I LEPS, come noto, garantiscono l’eguaglianza di accesso alle prestazioni sociali da parte dei cittadini e devono essere garantiti in tutti i comuni, anche in forma associata.

Le cure domiciliari integrate sono invece Livelli essenziali dell’assistenza (LEA) in base al DPCM 12/1/2017.

Introduzione alle dimissioni protette

La “dimissione protetta” è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall’ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

L’attività volta a garantire le dimissioni protette è individuata fra le azioni prioritarie da attivare in tutti gli Ambiti, visto il suo riconoscimento come LEPS.

Vengono distinte due tipologie di servizio:

1. la prima rivolta all’utenza che può fare riferimento ad un domicilio e quindi “tornare a casa”;
2. la seconda rivolta a persone che non dispongono di una abitazione.

1. DIMISSIONI PROTETTE PER UTENZA CHE PUÒ FARE RIFERIMENTO AD UN DOMICILIO

La “dimissione protetta” è una dimissione da un contesto sanitario che prevede una continuità di assistenza e cure attraverso un programma concordato tra il medico curante, i servizi sociali territoriali dell’Asl di appartenenza e dell’Ente locale. Il paziente può così tornare a casa o essere ricoverato in strutture qualificate pur restando in carico al Servizio Sanitario Nazionale e “seguito” da un’adeguata

assistenza sanitaria per un periodo di tempo e, ove necessario, poi preso in carico dai servizi sociali. In sintesi, è un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili. Va ricordato che il DPCM 12.1.2017 all'art. 22 prevede che il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita. Le cure e l'assistenza domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal DPCM 14.2.2001 – “Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria”.

Obiettivi delle dimissioni protette

- promuovere l'assistenza delle persone fragili e con perdita progressiva di autonomia, attraverso l'intercettazione precoce del bisogno e della iniziale fragilità garantendone la presa in carico sociosanitaria; - contribuire a ridurre il numero dei ricoveri reiterati presso i presidi ospedalieri;
- aumentare il grado di appropriatezza e personalizzazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie;
- assicurare la continuità dell'assistenziale tutelare;
- favorire il decongestionamento dei Pronto Soccorso liberando risorse economiche, professionali e strumentali che possono essere utilizzate per la risposta al bisogno assistenziale delle persone fragili, contribuendo a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera;
- garantire un modello organizzativo gestionale omogeneo, unitario e continuativo nei diversi ambiti territoriali per la gestione integrata e coordinata degli interventi a favore delle persone non autonome che permetta la permanenza più a lungo possibile presso il proprio domicilio;
- sostenere l'autonomia residua e il miglioramento dei livelli di qualità di vita, incrementando la consapevolezza e la responsabilità delle figure di riferimento della persona fragile, superando la logica assistenziale;
- uniformare i criteri di valutazione e accesso agli interventi/opportunità a favore delle persone fragili, creando anche nuove sinergie tra il pubblico, il Terzo Settore e il privato sociale volte a sviluppare strategie innovative per implementare e diversificare la rete dei servizi;
- rafforzare la coesione e l'inclusione sociale delle persone fragili e anziane nella vita della comunità di appartenenza.

Destinatari

Il target di riferimento è rappresentato da persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio del Distretto/Ambito sociale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato. L'accesso al sostegno a domicilio è subordinata alla valutazione multidimensionale del grado di vulnerabilità che valuta le quattro dimensioni (sanitaria, cognitiva, funzionale e sociale).

Funzioni svolte

Il DPCM 12.1.2017 contenente i nuovi LEA sanitari, al richiamato art. 22 declina le funzioni e i livelli di assistenza domiciliare. L'azienda sanitaria territoriale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del 'Progetto di assistenza individuale' (PAI) sociosanitario integrato. In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, si articolano nei seguenti livelli:

- a) cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalla Regione, sono caratterizzate da un 'Coefficiente di intensità assistenziale' (CIA (2)) inferiore a 0,14;
- b) cure domiciliari integrate (ADI) di I livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 dei LEA e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 dei LEA, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di primo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico" della persona e la definizione di un 'Progetto di assistenza individuale' (PAI) ovvero di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI) che definisce i bisogni riabilitativi della persona, e sono attivate con le modalità definite dalla Regione anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;
- c) cure domiciliari integrate (ADI) di II livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; quando necessari sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci di cui all'art. 9 dei LEA e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 dei LEA, nonché dei preparati per nutrizione artificiale. Le cure domiciliari di secondo livello richiedono la valutazione multidimensionale, la "presa in carico"

della persona e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI) ovvero di un “Progetto riabilitativo individuale” (PRI), e sono attivate con le modalità definite dalla DGR 1237/2021 anche su richiesta dei familiari o dei servizi sociali. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia;

- d) cure domiciliari integrate (ADI) di III livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci di cui all’art. 9 dei LEA e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17 dei LEA, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care giver. Le cure domiciliari ad elevata intensità sono attivate con le modalità definite dalla regione Marche ed in particolare dalla DGR 1237/2021 richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un “Progetto di assistenza individuale” (PAI). Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

Le cure domiciliari integrate da prestazioni di aiuto infermieristico

Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona con l’attivazione delle risorse del PNRR per le cure domiciliari. Le suddette prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi (comma 4 art. 22 Lea sanitari 2017). Inoltre, le cure domiciliari sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale (comma 5 art. 22 Lea sanitari 2017).

Pertanto, può essere individuato quale LEPS in ambito sociale quello per il quale al paziente in dimissione protetta devono essere assicurate, con spesa a carico dell’ASP Ambito 9 per l’intervento del servizio sociale territoriale, oltre alle prestazioni già garantite quale LEA sanitario dal DPCM 12.1.2017 di cui all’art. 22, commi 4 e 5, le prestazioni sociali ad esse integrative e le prestazioni di assistenza “tutelare” temporanea a domicilio.

Quanto previsto dal presente paragrafo sarà attuato solo successivamente a specifica disposizione dell’Azienda Sanitaria Territoriale di Ancona e/o della Regione Marche.

Modalità operative e di accesso

Al fine di integrare il servizio di dimissioni protette con i percorsi sanitari, socio-sanitari e sociali è necessario che il presidio ospedaliero segnali all’Unità di valutazione integrata (UVI) la necessità di attivare una dimissione protetta secondo le procedure stabilite nella DGR 1237/2021.

Il percorso di dimissione protetta, rappresentato nelle sue varie fasi nella tabella sottostante, viene avviato dall’equipe ospedaliera per pazienti fragili provenienti da un’Unità Operativa per acuti e post-acuti, e si attiva attraverso la piattaforma SIRTE (Sistema Informativo per la Rete del Territorio della Regione Marche), che prevede la compilazione di una scheda articolata in 5 quadri: generale, medico, infermieristico, sociale e riabilitativo.

Si precisa che non rientrano tra le dimissioni protette le dimissioni ospedaliere verso le cure domiciliari di tipo mono professionale intese come risposta prestazionale “semplice” ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, non presupponga la presa in carico globale del paziente, né una valutazione multidimensionale/multidisciplinare. Tali dimissioni vanno comunque segnalate al Distretto per l'attivazione del piano prestazionale, secondo le modalità in essere.

FASE 1 - IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	
Persone target	Pazienti fragili provenienti da un'Unità Operativa (UO) per acuti, post-acuti verso l'assistenza territoriale.
Rilevazione bisogno	Equipe ospedaliera (medico di reparto, infermiere, assistente sociale e case manager). <u>Il medico che attiva la DP può richiedere la consulenza fisiatrice.</u>
	Il fisiatra che effettua la consulenza attiva il quadro riabilitativo, fornendo indicazioni sulla tipologia di interventi e setting riabilitativi.
Tempistica	Inviare la scheda SIRTE compilata dall'equipe dell'UO al sistema informativo al momento della stabilizzazione delle condizioni cliniche del persona ricoverata e almeno 48/72 ore prima della presunta dimissione.
Scale di valutazione	Le scale di valutazione per i bisogni di Complessità Assistenziale del paziente obbligatorie sono le seguenti: BRASS /MEWS/IDA Per la riabilitazione, le scale proposte sono facoltative in base ai bisogni della persona

FASE 2 - SEGNALAZIONE DEL CASO	
SETTING OSPEDALIERO	
Proposta di dimissione protetta e informazione alla persona assistita /familiare	Il Medico UO propone la DP e informa la persona ricoverata / familiare/ tutore sulla necessità di attivazione del percorso

Attivazione della DP	<p>Almeno 48/72 ore lavorative prima della data prevista della dimissione, l'operatore incaricato e l'assistente sociale – scheda <i>aspetti socioassistenziali</i> - utilizzando lo strumento informatico SIRTE per l'attivazione del percorso DP proponendo uno dei due setting assistenziali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cure domiciliari integrate; - cure residenziali.
----------------------	--

FASE 3: RICEZIONE DELLA SEGNALAZIONE E ATTIVAZIONE UVI

SETTING DISTRETTUALE

Ricezione della segnalazione e	A seguito dell'invio della segnalazione della DP da parte dell'operatore ospedaliero delegato dal Direttore della UO,
accettazione della richiesta	l'operatore della segreteria organizzativa distrettuale (PUA o altro organo deputato a tale funzione) riceve ed accetta la segnalazione ed organizza il percorso di valutazione programmando tempi e modi dell'UVI

FASE 4: VALUTAZIONE UVI E REDAZIONE DEL PAI

Valutazione e Redazione PAI	L'UVI effettua la valutazione multidimensionale del caso entro 72 ore dall'arrivo della richiesta di dimissione protetta, redige il PAI e individua il setting assistenziale appropriato.
Feedback alle strutture ospedaliere richiedenti	Al completamento della valutazione da parte dell'UVI, la UO Ospedaliera visualizza sul sistema informativo l'esito circa il setting di prosecuzione delle cure e la data di presunta ammissione alla struttura/presa in carico in CDI

FASE 5: PRESA IN CARICO TERRITORIALE	
Pianificazione dimissione Setting Ospedaliero	<p>Il Medico e il Coordinatore Infermieristico della UO della struttura ospedaliera, in previsione della DP, assicurano:</p> <p>che al paziente vengano garantite, prima della dimissione, le procedure e gli interventi necessari per il proseguo delle cure post dimissione (posizionamento CVC, PICC, PEG, ecc.).</p> <p>che al paziente vengano garantite e programmate e le consulenze necessarie per il proseguo delle cure post dimissione (consulenza fisiatrice, nutrizionale, neurologica, ecc).</p> <p>il piano di eventuali controlli ambulatoriali, medicazioni o Day Hospital con relativi appuntamenti.</p> <p>i piani terapeutici necessari (farmaci, ossigeno liquido, ecc.)</p> <p>che al paziente vengano forniti farmaci per il primo ciclo di terapia</p> <p>che, in caso di nutrizione artificiale, al paziente venga fornita una quantità di sacche per l'alimentazione sufficiente a garantire il fabbisogno per i primi 15 giorni (Con Det DG ASUR 719/2017 era stato già codificato questo percorso) la prescrizione dei presidi e/o ausili necessari (in base alla tipologia) l'avvio delle attività di formazione e addestramento del caregiver.</p>
Preso in carico territoriale Setting distrettuale	<p><u>STRUTTURE RESIDENZIALI</u>: la segreteria organizzativa distrettuale o il PUA comunicano la disponibilità del posto letto alla struttura ospedaliera pianificando le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 coordina le modalità operative della presa in carico 2 trasmette tramite SIRTE la documentazione alle figure di riferimento della struttura individuata (infermiere/Coordinatore o case manager interno alla struttura stessa) 3 coordina insieme al referente ospedaliero per le DPI trasferimento del paziente dalla U.O. alla struttura residenziale nei tempi e modi definiti <p><u>CURE DOMICILIARI</u>: la segreteria organizzativa distrettuale o il PUA comunicano la disponibilità dei servizi per l'assistenza al domicilio alla struttura ospedaliera pianificando le seguenti azioni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 coordina le modalità operative della presa in carico 2 trasferisce le informazioni al care manager 3 coordina insieme al referente ospedaliero per le DP il trasferimento del paziente dalla U.O. al domicilio, nei tempi e modi definiti

L'assistenza domiciliare sociale integrata

Le prestazioni di assistenza domiciliare sociale integrata che possono essere di aiuto infermieristico, di assistenza tutelare professionale o di altre forme di assistenza domiciliare, in base alla valutazione del fabbisogno dell'assistenza familiare, possono prevedere prestazioni che vanno da un servizio non inferiore alle 2 ore giornaliere (anche in giornate non consecutive) ad un servizio in continuità h 24, ove le condizioni alloggiative lo consentono.

Sulla base del Progetto, che definisce tempi e modalità delle prestazioni erogate e rivedibile mensilmente o almeno trimestralmente, possono essere fornite, in forma singola o integrata, all'utente le seguenti prestazioni di assistenza:

- Assistenza domiciliare: Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno. Costituiscono pertanto ambiti di intervento la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, l'accompagnamento a visite, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione, ecc.
- Telesoccorso: Installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico.
- Pasti a domicilio: Servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'anziano. Il fornitore provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti.

Professionalità coinvolte

Per la dimissione protetta è necessario definire una serie di interventi terapeutico – assistenziali (progetto assistenziale personalizzato) al fine di garantire la continuità assistenziale. La definizione del Progetto si realizza con l'intervento integrato dei professionisti dell'Ospedale, del Territorio, del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta e dei Servizi sociali comunali o di Ambito sociale. Sono, inoltre, coinvolti, le figure professionali di Operatore socio-sanitario (OSS). Va evidenziata l'importanza fondamentale del Servizio sociale territoriale, che di fatto garantisce la continuità assistenziale con il proprio contributo professionale e ponendosi come riferimento per le famiglie e le strutture ospedaliere e private accreditate e l'ASL.

Costi per il cittadino

Il Servizio è gratuito.

2. DIMISSIONI PROTETTE PER PERSONE CHE NON DISPONGONO DI UN'ABITAZIONE

Descrizione sintetica

Le dimissioni protette, di importanza fondamentale nei percorsi di cura delle persone in condizione di grave marginalità e senza dimora, costituiscono un insieme di azioni che assicurano e facilitano il passaggio organizzato da un setting di cura ad un altro, al fine di garantire la continuità assistenziale. L'impossibilità di garantire setting di cura in assenza di domicilio impone che vengano individuate procedure specifiche riservate per questa fascia di popolazione caratterizzata da una particolare complessità legata al sovrapporsi di fragilità dovuta a emarginazione sociale, assenza di abitazione, e problemi di salute psicofisica.

Al fine di assicurare la continuità assistenziale post-ospedaliera è stata individuata una struttura del terzo settore che fornisce accoglienza alle persone senza dimora che vengono dimesse dall'ospedale per conto di tutti gli Ambiti territoriali sociali di tutta la provincia di Ancona. Si tratta della Fondazione Caritas Senigallia ETS che riserverà i posti necessari in una struttura di accoglienza che preveda la permanenza del senza dimora fino al termine del periodo di convalescenza (previo rimborso delle spese sostenute).

All'interno di questi spazi di accoglienza devono essere offerti, con costi a carico degli ATS della provincia di Ancona:

- presidio nell'arco delle 24 ore con l'apertura durante tutto l'anno, quando sono presenti i convalescenti;
- vitto, alloggio e lavanderia;
- oneri relativi alle utenze ed alla pulizia dei locali;
- sostegno nella cura ed eventuale riacquisizione dell'igiene personale;
- gestione della convivenza;
- monitoraggio dei comportamenti individuali e sostegno nella gestione di corrette modalità di relazione;
- individuazione di strutture adeguate alla persona al termine del periodo di convalescenza;
- presa in carico e attivazione di percorsi individualizzati di accompagnamento sociale in rete con i servizi territoriali;

Resta a carico delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale l'offerta delle seguenti prestazioni:

- visite mediche programmate o/e specialistiche (DSM, SERT, ecc.);
- visite infermieristiche;
- gestione e fornitura di farmaci.

Target di utenza / destinatari

Persone senza dimora, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio nazionale, che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, necessitano di un periodo di convalescenza post dimissione.

Obiettivi generali

Migliorare la qualità di vita delle persone in condizione di povertà urbana estrema, promuovendo un approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione e delle continuità delle cure; ridurre non solo il periodo di ricovero ospedaliero, ma anche i ricoveri impropri, nonché la riacutizzazione delle patologie e il conseguente ricorso a nuovi accessi alla rete ospedaliera. E infine, di favorire l'integrazione tra i sistemi sanitario e sociale, incentivando la presa in carico nel sistema sociosanitario di persone che, normalmente, sfuggono ai canali ordinari di accoglienza.

Costi per il cittadino

Il Servizio è gratuito.

ALLEGATO B

INDICAZIONI PER IL COORDINAMENTO TRA LEP SOCIALI E LEA SANITARI NELLE DOMICILIARITÀ

	Sistema sociale LEPS	Sistema sanitario LEA
ASSISTENZA DOMICILIARE E CURE DOMICILIARI	Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 Dimissioni protette Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione	DPCM 12/01/2017 art. 22 L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.
	L.234/21 art. \1 comma 162 assistenza domiciliare sociale quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo	DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14;
	L.234/21 art. 1 comma 162 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari , ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;	DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico - infermieristico- assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso
		DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico - infermieristico- assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso;
		DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché' dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati

		caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.
--	--	--

Risorse per le due tipologie di servizio

Al finanziamento delle attività di dimissioni protette, riconosciuto come LEPS, concorrono le risorse a valere sull'orizzonte del PNRR, specificamente previsti nell'ambito di una delle azioni finanziate a valere sul progetto dell'area M5C2 Investimento 1.1: *Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti*, integrate dalle risorse proprie e da risorse del Fondo nazionale politiche sociali in concorso con le risorse del Fondo nazionale per le non autosufficienze e del Fondo nazionale sanitario.

Il finanziamento del PNRR relativo al rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità (1.1.3) ha come obiettivo primario la costituzione di équipe professionali, con iniziative di formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio e favorire la deistituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali, in virtù della disponibilità di servizi e strutture per l'assistenza domiciliare integrata. I progetti devono essere volti ad assicurare:

1. la garanzia di dimissioni protette da percorsi socio-assistenziali a domicilio, tramite
 - a. l'attivazione dell'offerta di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale secondo i livelli di servizio definiti dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 per le "Dimissioni protette" in relazione alle prestazioni di assistenza domiciliare, telesoccorso, consegna dei pasti a domicilio, ad integrazione delle cure domiciliari garantite dall'art. 22 comma 4 del DPCM 12 gennaio 2017, in base agli esiti della valutazione multidimensionale; o alle prestazioni di assistenza tutelare professionale temporanea a domicilio, ad integrazione di quanto già assicurato a carico del Servizio sanitario nazionale ai sensi dell'art. 22 comma 5 del DPCM 12 gennaio 2017;
 - b. azioni di formazione specifica rivolte ai professionisti nell'ambito dei servizi a domicilio, ed in particolare destinati agli anziani per migliorare la qualità dei servizi sociali erogati;
2. il rafforzamento dell'offerta di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale, tramite: l'attivazione di prestazioni domiciliari ulteriori rispetto all'offerta base di servizi. Nell'ambito di tali progettualità:
 - a. dovrà essere previsto un adeguato servizio sociale professionale, anche in termini di organico, al fine di garantire la partecipazione all'UVI;
 - b. potranno essere attivati percorsi specifici di collaborazione con le aziende sanitarie per la definizione, la sperimentazione e l'adozione di protocolli condivisi per la presa in carico integrata tra servizi sanitari e servizi sociali di pazienti in dimissione protetta, anche con il coinvolgimento e la partecipazione di enti privati accreditati per l'erogazione delle prestazioni ed Enti del Terzo Settore.

I beneficiari del progetto PNRR potranno essere:

- a) **Persone anziane non autosufficienti** e/o in condizioni di fragilità o persone infra sessantacinquenni ad essi assimilabili, residenti sul territorio nazionale, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione

da una struttura riabilitativa o servizio accreditato.

- b) **Persone senza dimora**, o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio nazionale, che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, necessitano di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute. (Ministero Lavoro, 2022)

