

Legislazione sociosanitaria La normativa della regione Marche

20 marzo 2009

Fabio Ragaini

Gruppo Solidarietà - www.grusol.it

REGIONE MARCHE

ASSISTENZA SOCIALE

l. r. 43/88 e Modifiche
+
Leggi di settore

Piano sociale 2000-02

Piano sociale 2008-10

ASSISTENZA SANITARIA

l. r. 22/94
l. r. 26/96
l. r. 13/03

Piano sanitario 2003-06

Piano sanitario 2007-09

Le indicazioni nazionali e la situazione nella nostra Regione

- La regione deve interpretare e applicare le norme
- Aree (disabilità, anziani, ecc..) e regimi (domiciliare, diurno, residenziale)
- Servizi sanitari, sociosanitari, sociali

Piano sociale 2000-02

PROVVEDIMENTI
ATTUATIVI

Piano sociale 2008-10

Piano sanitario 2003-2006

PROVVEDIMENTI
ATTUATIVI

Piano sanitario 2007-09

Strutture e servizi
sanitari - sociosanitari - sociali

AUTORIZZAZIONI

l. r. 20/2002

+ atti attuativi

l. r. 20/2000

Compiti delle Regioni (DPCM 14.2.2001)

Art. 2. Tipologia delle prestazioni

L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali. **Le Regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati.**

Art. 4. Principi di programmazione e di organizzazione delle attività

Nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari (la Regione) determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata.

Svolge attività di vigilanza e coordinamento sul rispetto di dette indicazioni da parte delle aziende sanitarie e dei comuni al fine di garantire uniformità di comportamenti a livello territoriale.

Per favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione di un piano di lavoro integrato e personalizzato e la valutazione periodica dei risultati ottenuti.

La Regione emana indirizzi e protocolli volti ad omogeneizzare a livello territoriale i criteri della valutazione multidisciplinare e l'articolazione del piano di lavoro personalizzato vigilando sulla loro corretta applicazione al fine di assicurare comportamenti uniformi ed omogenei a livello territoriale.

Art. 5. Criteri di finanziamento

Nella ripartizione delle risorse del Fondo per il servizio sanitario regionale con il concorso della Conferenza di cui all'art. 3, comma 1, **tenono conto delle finalità del presente provvedimento**, - definisce i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti in rapporto ai singoli interventi, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni sanitarie dal decreto legislativo n. 124 del 1998 e per quelle sociali dal decreto legislativo n. 109 del 1998 e successive modifiche e integrazioni.

Il percorso sanitario e sociosanitario

- L.R., 20/2000, Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private
- D.G.R., 2090/2000, Determinazione degli ambiti territoriali in cui si riscontrano carenze di strutture sanitarie o socio sanitarie o di capacità produttive delle stesse
- D.G.R., 2200/2000, Determinazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e sociosanitarie
- D.G.R., 1889/2001, Determinazione dei requisiti richiesti per l'accreditamento e la classificazione delle strutture sanitarie e sociosanitarie

Quali strutture sanitarie e socio-sanitarie

- ospedaliera (acuti e riabilitazione lungodegenza)
- extraospedaliera (residenziali e diurne)
- ambulatoriali

Le strutture ed i servizi *Classificazione secondo due principi*

- A) Destinatari: Minori, Disabili, Anziani, Persone con problematiche psicosociali
- B) Natura del bisogno, intensità assistenziale e complessità dell'intervento:
- strutture con funzione abitativa e di accoglienza educativa;
 - strutture con funzione tutelare;
 - strutture con funzione protetta

Strutture extraospedaliere

- Strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva (Residenze sanitarie riabilitative)
- Rsa disabili
- Centro diurno e day hospital psichiatrico
- Strutture residenziali psichiatriche
- Strutture residenziali per tossicodipendenti
- RSA anziani (comprese demenze)
- Case alloggio per malati AIDS,
- Hospice

Altre strutture normate non sono più previste o sono state riclassificate dal successivo PSR (RST, NAR,)

Regione Marche. Strutture sociali soggette ad autorizzazione

Soggetti destinatari	Strutture con funzione abitativa e di accoglienza educativa	Strutture con funzione tutelare	Strutture con funzione protetta
Minori	Comunità familiare	Comunità educativa	
		Comunità di pronta accoglienza	
		Comunità alloggio per adolescenti	
Disabili	Comunità alloggio	Comunità socio-educativa-riabilitativa	Residenza protetta
			Centro diurno socio-educativo-riabilitativo
Anziani	Comunità alloggio	Casa di riposo	Residenza protetta
	Casa albergo		Centro diurno
Persone con problematiche psico-sociali	Comunità alloggio	Casa famiglia	
	Comunità familiare	Centro di accoglienza per ex detenuti	
	Alloggio sociale per adulti in difficoltà	Casa di accoglienza per donne vittime di violenza o tratta	
	Centro di pronta accoglienza per adulti		

Il percorso sociale e socio-sanitario

- L.R., 20/2002, Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale
- Regolamento regionale 1-2004, Disciplina in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale
- Regolamento regionale 3-2006, Modifiche al R.R. 1/2004 in materia di autorizzazione delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale

Piano sanitario regionale 2003-2006

Perché questo riferimento anche dopo il Psr 2007-09?

- Posti letto ospedalieri di lungodegenza riabilitazione
- Posti letto di riabilitazione extraospedaliera
- Residenzialità socio-sanitaria
 - Anziani
 - Disabili
 - Psichiatria
 - Dipendenze patologiche

TABELLA 5 - Posti letto Lungodegenza post acuzie, riabilitazione e residenziali

	PS	AN	MC	AP	REGIONE
LUNGODEGENZA POST-ACUZIE					735
LUNGODEGENZA	153	203	128	164	648
HOSPICE	21	26	19	21	87
RIABILITAZIONE (tutte le tipologie)					744
RIABILITAZIONE ALTA SPECIALITÀ (3° livello Linee Guida nazionali)					69
Unità spinale			6		6
Gravi Disabilità età Evolutiva (UGDE)			8		8
Unità di Risveglio (URI)			30		30
Intensiva neuromotoria postcritica (UNI)			25		25

TABELLA 5 - Posti letto Lungodegenza post acuzie, riabilitazione e residenziali

	PS	AN	MC	AP	REGIONE
AREA SALUTE MENTALE					440
Strutture residenziali terapeutiche				11	
Residenze sanitarie riabilitative	104	138	87	1	
Residenze protette					
AREA DIPENDENZE PATOLOGICHE					570
Comunità terapeutica residenziale	135	176	111	14	
				8	
					6.989

* una quota a valenza nazionale
 ** 20 PL nel comune di Macerata
 *** in corsivo le socio sanitarie

TABELLA 5 - Posti letto Lungodegenza post acuzie, riabilitazione e residenziali

	PS	AN	MC	AP	REGIONE
RIABILITAZIONE INTENSIVA Osp e Extra-Osp (2° livello Linee Guida nazionali)	100	146	101	94	441
RIABILITAZIONE ESTENSIVA (RSR) (1° livello Linee Guida nazionali)	35	44	120	35	234
RESIDENZIALITÀ (sanitarie e socio-sanitarie*)					5.510
UNITÀ SPECIALI RESIDENZIALI					160
Unità Speciale per Sordociechi e Pluriminorati Psicosensoriali (Lega del FILO D'ORO-Onlus)*			80		80
Stati comatosi persistenti + gravi insufficienze respiratorie			60+20		80

PSICHIATRIA

Comunità protetta (PSR 2003-2006 e PO salute mentale).

- Il POSM specifica che "sono previste forme di partecipazione alla spesa sulla base delle indicazioni del DPCM 14.2.01". Non definito costo retta e fabbisogno.

RSA psichici (PSR 1998-2000)

- Queste strutture non sono più previste dalla normativa regionale; sono state autorizzate nel precedente PSR e non sono state più riclassificate. Non dovrebbero prevedere partecipazione economica. Invece le strutture la richiedono. Non definito il costo retta

TABELLA 5 - Posti letto Lungodegenza post acuzie, riabilitazione e residenziali

	PS	AN	MC	AP	REGIONE
AREA ANZIANI					3.820
Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA anziani) e Nuclei speciali Alzheimer	300	402	298	32	1.320
			**	0	
Residenze Protette per anziani *** (ex NAR)	576	772	536	61	2.500
				6	
AREA DISABILI					520
Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA-disabili)	30	40	140	30	240
Residenze protette per disabili	70	80	60	70	280

ANZIANI non autosufficienti

RSA anziani (Normativa dal 1992 e seguenti).

- Non definito costo retta. Definita quota partecipazione utente/sociale (circa 33 Euro giornaliera). Non definito in base a quale percentuale sul costo non avendo definito il costo complessivo. Definito fabbisogno (legge 20/2000).

Residenza protetta (Legge 20/2002 e seguenti)

- Definito costo retta di circa 66 euro. (con specifico atto). Definiti criteri di compartecipazione 50% tra sanità e sociale/utente. Definito fabbisogno (specifico atto).

Centro diurno (legge 20/2002 e seguenti)

- Non definito costo retta. Non definiti criteri di compartecipazione. No definito fabbisogno

- Nelle Cure domiciliari è rimasto aperto il problema dell'assistenza tutelare che il DPCM 14.2.01 ripartisce al 50% tra sociale e sanitario. Un problema molto importante perché in genere i Comuni erogano l'assistenza domestica le ASL non erogano questa prestazione.

Disabili

Residenza protetta (Legge 20/2002 e seguenti).

- **Non definito costo retta. Non definiti criteri di compartecipazione. Definito fabbisogno** (con specifico atto, Psr 2003-06, 280 posti). Le indicazioni del Piano sociale 2008-10.

Comunità socio educativa riabilitativa (Legge 20/2002 e seguenti)

- **Non definito costo retta.** (la Regione compartecipa con un finanziamento che fa stimare un costo retta di circa 130 euro)
- **Definiti criteri di compartecipazione** (con specifico atto). Intervento diretto regione al 50% (fino a tetto massimo annuo 400.000 mila euro. Ripartizione sanità sociale quota rimanente al 50%.
- **Indicazione fabbisogno:** (L.G. PdZ 1 ogni 40.50.000 abitanti; circa 350; DGR 581/2007 e decreto 312-2007: circa 250 posti). Piano sociale 2008-10: 1 ogni 50.000 abitanti.

Centro socio educativo riabilitativo (legge 20/2002 e seguenti e legge 18/96)

- **Non definito costo retta. Non definiti criteri di compartecipazione. No** definito fabbisogno.
- **Contributo regionale ai Comuni sul costo del personale pari al 50% della spesa sostenuta** (con specifico atto).

Assistenza medico-generica (AMG) e pediatrica di base (APB) programmate

L'ADI non è possibile e non può essere considerata tale senza il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale (o del pediatra di libera scelta) che costituisce il responsabile primario dell'assistenza stessa. Il medico di medicina generale, unico referente clinico del proprio paziente, della cui salute ha la responsabilità globale, fa parte sia dell'équipe valutativa che costituisce l'UVD, sia dell'équipe operativa che è chiamato a coordinare in veste di capo-équipe.

Il sistema delle cure domiciliari Linee guida (DGR 606-2001)

Le forme di Assistenza Domiciliare integrate, ad elevata intensità assistenziale e che impongono una modalità di lavoro integrato sono:

1 - l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

il cui livello operativo è territoriale, distrettuale (ai sensi dell'Art.20 punto 3 della L.R.17.07.96 n.26 l'ADI costituisce una funzione/attività propria del Distretto Sanitario) e può comprendere qualsiasi forma di assistenza a domicilio sia sanitaria che socio-assistenziale, comprese le cure domiciliari oncologiche.

2 - l'Ospedalizzazione Domiciliare (OD)

che richiede il raccordo operativo tra il livello ospedaliero, quello distrettuale e quello dell'Ambito Territoriale (ad esempio la terapia trasfusionale domiciliare).

Assistenza medico-specialistica (AMS)

- Ogni ASL dovrà garantire, su richiesta del medico di medicina generale, l'attivazione degli specialisti ospedalieri e poliambulatoriali sul progetto alla persona definito dall'UVD, con consulti a domicilio di tutte le branche specialistiche potenzialmente interessate. Nell'ambito della disponibilità di tutte le discipline specialistiche, poliambulatoriali e ospedaliere, lo standard minimo deve prevedere la possibilità di interventi/consulti specialistici a domicilio almeno per le seguenti branche:

- geriatria
- fisiatria
- cardiologia
- chirurgia
- algologia/anestesia
- neurologia
- oncologia
- psicologia

ADI : IL "PACCHETTO ASSISTENZIALE" MINIMO

- **Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID)**
Nell'ambito dell'ADI il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà assicurare almeno i seguenti standard minimi orario:
- **dal Lunedì al Venerdì: 6 ore di mattina - 3 ore di pomeriggio**
- **Sabato e prefestivi: 6 ore di mattina**

Per casi individuati dall'Unità di Valutazione del Distretto, in particolare per i pazienti oncologici in fase critica e/o terminale, i pazienti in trattamento antalgico, i pazienti con respiratore automatico e i pazienti in condizioni assimilabili, il servizio di assistenza infermieristica domiciliare dovrà essere garantito nei giorni festivi e prefestivi almeno per interventi programmati o di emergenza.

Le necessità di intervento anche non programmate che eccedano tale pacchetto minimo, possono essere assicurate con gli strumenti della continuità assistenziale.

Dovranno essere garantite tutte le prestazioni infermieristiche.

Al paziente in ADI va garantita la facilitazione all'utilizzo di attività diagnostiche e di laboratorio, nonché alla prestazione specialistica ambulatoriale o domiciliare. Il Direttore di Distretto individua e formalizza corsie preferenziali.

Assistenza riabilitativa domiciliare (ARD)

Nell'ambito dell'ADI il servizio di assistenza riabilitativa domiciliare dovrà assicurare almeno i seguenti standard minimi :

- Consulenze medico-specialistiche fisiatriche a domicilio per:

- Valutazione fisiologica delle necessità riabilitative
- Stesura del piano di trattamento riabilitativo a domicilio
- Visite di verifica dell'andamento del piano di trattamento riabilitativo
- Prescrizione di protesi ed ausili

- Prestazioni di riabilitazione e recupero funzionale a domicilio ad opera di tecnici della riabilitazione (fisioterapisti) con orario:

dal Lunedì al Venerdì: 6 ore di mattina - 3 ore di pomeriggio
Sabato e prefestivi: 6 ore di mattina

Le prestazioni del sistema degli interventi e dei servizi sociali

L'attività al domicilio si iscrive precipuamente nell'area dei servizi di sostegno al nucleo familiare ed alla persona. Le prestazioni organizzate da questo livello, con le necessarie integrazioni da parte di altri comparti della Pubblica Amministrazione, sono:

- Prestazioni professionali di carattere sociale, psicologico, educativo;
 - Visite programmate dell'assistente sociale;
 - Affidamenti familiari di minori, anziani, portatori di handicap, malati, per periodi da definire in base alle esigenze del nucleo familiare. Gli affidamenti sono supportati da una serie di interventi in ambito domiciliare o extra domiciliare.
 - Attività di cura delle persone e della loro abitazione in caso di ridotta o totale non autosufficienza, permanente o temporanea, quale che ne sia la causa.
 - Attività di supporto educativo;
 - Attività amministrative quali certificazioni, denuncia dei redditi, domande di pensione, ecc.
 - Accompagnamento del domicilio a servizi sociali, sanitari, formativi.
 - Organizzazione dei servizi di trasporto verso servizi, scuola, luoghi di lavoro.
 - Pasti a domicilio
 - Attività di supporto al referente familiare anche attraverso servizi di sollievo quali accoglienza per periodi determinati presso strutture residenziali e semiresidenziali.
- Si accede alle prestazioni domiciliari attraverso l'*Ufficio di promozione sociale* che individua un assistente sociale referente per il caso. L'assistente sociale individuato fa parte sia del gruppo di valutazione che costituisce l'UVD sia del gruppo operativo.

IL SISTEMA INTEGRATO PER I SERVIZI E INTERVENTI DOMICILIARI coordinamento, organigramma e funzionigramma

- a) Il Comitato di Coordinamento
- b) Un Medico Responsabile delle cure domiciliari per ogni distretto
- c) Una Unità Valutativa per ogni Distretto
- d) Un nucleo operativo per le cure domiciliari per ogni distretto
- e) Una Segreteria organizzativa per il Sistema delle Cure Domiciliari per ogni Distretto

Fornitura di farmaci e materiale sanitario

Per tutti i pazienti inseriti nell'ambito delle cure domiciliari, dovrà essere prevista la fornitura diretta e/o la somministrazione di prodotti farmaceutici d'uso per l'assistenza infermieristica da utilizzare a domicilio, da parte dei servizi di farmacia dei presidi ospedalieri delle Aziende USL, in conformità con la normativa vigente, e con oneri a totale carico dell'Az. USL stessa. Tale assistenza deve essere adeguatamente documentata nella cartella clinica dei singoli casi. Ai pazienti oncologici dovranno essere garantiti i farmaci per la terapia del dolore compresi quelli in fascia C. La prescrizione dei farmaci deve avvenire ad opera dei Medici di Medicina Generale e deve sottostare alla legislazione vigente in materia (modalità prescrittive, limitazioni, note CUF, attivazione registro USL, ecc.).

Ciascuna Az. USL provvederà a stilare un prontuario dei farmaci fornibili direttamente ai pazienti in ADI e a regolamentare la fornitura stessa anche in conformità alle linee guida che la regione possa adottare in merito.

Analogamente, per gli stessi pazienti si dovrà prevedere la fornitura diretta di materiale sanitario per le cure infermieristiche, protesi, ausili e presidi sanitari, attivando procedure snelle e semplificate su richiesta del medico di medicina generale validata dall'UVD. E' auspicabile che il distretto abbia la disponibilità di un magazzino fornito degli ausili di più largo uso al fine di garantire l'immediata disponibilità.

Unità valutativa distrettuale (UVD) 1

L'Unità Valutativa di ogni Distretto è costituita da:

- Medico responsabile delle cure domiciliari (coordinatore/responsabile dell'UVD);
- Medico di Medicina Generale curante dell'assistito (Responsabile clinico del paziente);
- Infermiere professionale (Responsabile delle cure infermieristiche);
- Assistente sociale referente del caso dei Servizi Sociali dell'Ambito Territoriale.

Per la segreteria organizzativa, l'UVD si avvale di un operatore tecnico. L'Unità Valutativa è integrata di volta in volta da altre figure professionali, sanitarie e sociali, specialiste del settore: medici specialisti, tecnici della riabilitazione, medico ospedaliero in caso di dimissione protetta, psicologo, educatore professionale.

Per i pazienti ultra sessantacinquenni, lo specialista di riferimento è il geriatra.

ADI: PROFILO DEL "RESPONSABILE DEL CASO" (O "CASE MANAGER")

Il "Responsabile del caso" è un operatore che si assume la responsabilità del controllo dell'attuazione degli interventi previsti nel programma assistenziale personalizzato (è il garante del piano assistenziale individualizzato). E' colui che ha in mano il controllo della fase operativa dell'ADI, verificando chi ha fatto che cosa, con quale frequenza, in che modo, in che tempi, ecc.. Rappresenta anche il primo riferimento "organizzativo" per l'assistito, la sua famiglia operatori dell'équipe assistenziale. Il responsabile del caso tutela indirettamente l'assistito poiché tutelando il piano assistenziale e individualizzato si fa garante della modalità di lavoro per obiettivi e quindi del raggiungimento degli obiettivi assistenziali stessi.

Unità valutativa distrettuale (UVD) 2

L'Unità Valutativa è " ... un'équipe professionale, con competenze multidisciplinari, che sia in grado di leggere le esigenze di pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi 3' e con il compito di "b) rilevare e classificare le condizioni di bisogno per poter disegnare il percorso ideale di trattamento del paziente (Legge Regionale 34-98 - PSR 1998/2000 - paragrafo 4.2.3.3).

Costituisce in sostanza il filtro della domanda e ha il compito di identificare per ciascun soggetto la soluzione assistenziale più adatta tra quelle disponibili o indicare altri percorsi assistenziali. Per poter svolgere tali compiti, l'UVD si relaziona costantemente con i servizi territoriali e con gli Uffici di Promozione Sociale presenti nel distretto.

Unità valutativa distrettuale (UVD) 3

Spettano in particolare all'Unità Valutativa i seguenti compiti:

- Valutazione dell'autosufficienza dei pazienti da ammettere all'ADI;
- Valutazione Multi Dimensionale (VMD) dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari (il piano assistenziale deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto)
- Ammissioni e dimissioni relative all'ADI;
- Definizione del percorso assistenziale dei paziente nel sistema residenziale;
- Elaborazione del Piano Assistenziale Individuale Personalizzato comprendente: a) gli obiettivi assistenziali da raggiungere; b) le modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali; c) la tipologia degli interventi; d) la frequenza degli accessi dei singoli operatori MMG, infermiere, fisioterapista, operatore socio sanitario, ecc.) e) la durata presumibile degli interventi assistenziali
- Elaborazione del Piano di Lavoro dei singoli componenti dell'équipe operativa assistenziale tempi e luoghi dell'intervento, turni, orari di accesso ecc
- Verifica dell'andamento del Piano Assistenziale
- Discussione in gruppo degli eventuali problemi emersi nel corso dell'assistenza
- Individuazione del responsabile del caso ("... La UVD al termine di una valutazione multidimensionale individua la figura professionale - responsabile del caso o case manager - che sarà il punto di riferimento del cittadino nel percorso individuato. -L. R. 34/98 - PSR 1998/2000 - paragrafo 4.2.3.3)

ADI : INTEGRAZIONE DISTRETTO/ OSPEDALE (3)

Si realizza con la dimissione di pazienti critici non stabilizzati ma comunque con i requisiti di ammissione in ADI o con quelli di ammissione in strutture residenziali extraspedaliere. La cartella clinica ospedaliera viene chiusa al momento della dimissione e il paziente viene preso totalmente in carico dal sistema delle cure territoriali con il medico di Medicina Generale come unico responsabile clinico del paziente. I momenti essenziali della stessa, da mettere in atto prima della dimissione, con un anticipo di almeno tre giorni rispetto alla data prevista di dimissione, sono:

- l'esistenza di problemi complessi o la necessità di cure palliative
- l'analisi della capacità della famiglia di prendersi cura del proprio congiunto
- la programmazione partecipata degli interventi (piano di assistenza)
- la predisposizione delle risorse e delle procedure organizzative (chi fa che cosa , come, con quali mezzi, dove e quando ; chi comanda su chi ; chi è responsabile di che cosa)
- l'individuazione del/dei medico/i del reparto/divisione ospedaliera referent/i per la dimissione protetta stessa
- l'individuazione degli specialisti ospedalieri disposti ad effettuare consulenze a domicilio

ADI : INTEGRAZIONE DISTRETTO/ OSPEDALE

L'integrazione distretto/ospedale si realizza attraverso:

- la dimissione protetta
- la condivisione di risorse (ospedaliere e territoriali) quando utile/necessario/possibile
- la realizzazione di percorsi preferenziali per la diagnostica e le urgenze
- la condivisione di procedure riguardanti il percorso assistenziale
- la comunicazione reciproca
- appositi accordi (tra Az.USL e Az. Ospedaliera oppure tra Distretto e Presidio Ospedaliero della medesima ASL)

ADI: INTEGRAZIONE DISTRETTO/ OSPEDALE (4)

Il momento fondamentale per la programmazione delle attività da realizzare è costituito dall'incontro/comunicazione tra personale medico e infermieristico di reparto, operatori dell'assistenza domiciliare ed il medico di medicina generale. Ciò può essere realizzato in vario modo:

- **visita dell'infermiere territoriale** al reparto ospedaliero per la valutazione infermieristica;
- **accesso del medico di medicina generale al reparto** (l'attuale normativa prevede che il MMG possa accedere in ogni momento al presidio ospedaliero, sia in fase di accettazione che in quella di degenza o di dimissione del proprio paziente. In ogni caso il MMG nell'interesse del proprio paziente può accedere, qualora lo ritenga opportuno, in tutti gli ospedali pubblici e le case di cura convenzionate o accreditate anche ai fini di evitare dimissioni improprie con il conseguente eccesso di carico assistenziale a livello domiciliare. - Vedi Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale);
- **visita dell'assistente sociale territoriale** al reparto ospedaliero per la valutazione sociale ;
- **riunione di valutazione UVD / personale ospedaliero** (a questa riunione possono venire convocati altri soggetti, come ad esempio gli operatori dell'assistenza sociale del comune di residenza del paziente e i familiari del paziente stesso; in questo modo, tutti i livelli assistenziali, inclusa la famiglia, possono essere coinvolti)
- **attuazione**, da parte del medico ospedaliero referente per la dimissione protetta, di un **contatto diretto** (colloquio, convocazione, incontro) **con il medico di medicina generale** curante del paziente.

ADI : INTEGRAZIONE DISTRETTO/ OSPEDALE (2)

Obiettivi della dimissione protetta sono:

- riduzione o eliminazione di ingiustificati prolungamenti della degenza ospedaliera
- eliminazione di "dimissioni selvagge"
- riduzione o eliminazione dei ricoveri ripetuti
- mantenimento della continuità assistenziale
- integrazione dell'ospedale con la rete assistenziale territoriale (domiciliare e residenziale)
- mantenimento / miglioramento della qualità della vita dell'assistito.