

**DETERMINA DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO
AST DI ANCONA
N. 1061/AST_AN DEL 12/07/2023**

Oggetto: Approvazione degli accordi di programma sul regolamento Unità Valutativa Integrata (UVI) e sulle dimissioni protette tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e l'Ambito Territoriale IX di Jesi.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
AST DI ANCONA**

- -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTA la determina del Dirigente dell'Azienda Sanitaria Territoriale – AST Ancona n. 788 del 31.05.2023 ad oggetto: “Dr.ssa Nadia Storti – Presa d’atto incarico Direttore Generale AST Pesaro e Urbino e proroga Commissario Straordinario ad interim AST di Ancona – DGRM del 30.05.2023 – Aspettativa s.a. ex art. 3 bis c. 11 D. Lgs 502/92 e s.m.i.”;

VISTA la determina del Dirigente dell'Azienda Sanitaria Territoriale – AST Ancona – n. 792 del 31.05.2023 ad oggetto: “Dr Riccardo Mario Paoli – Presa d’atto proroga incarico di Sub-Commissario con funzioni di Direttore Amministrativo – Aspettativa S.A. ex art. 3 bis c.11 del D.Lgs 502/92 e s.m.i.”;

VISTA l’attestazione del Dirigente della U.O.C. Contabilità Bilancio e Finanza e del Dirigente della U.O.C. Controllo di Gestione.

- D E T E R M I N A -

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di prendere atto:
 - della Deliberazione n. 5 del 02/02/2023 del Comitato dei sindaci dell’Ambito Territoriale IX di Jesi avente ad oggetto: Approvazione accordo di programma sul regolamento Unità Valutativa Integrata (UVI) tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e l'Ambito Territoriale IX.
 - della Deliberazione n. 16 del 22/06/2023 del Comitato dei sindaci dell’Ambito Territoriale IX di Jesi avente ad oggetto: Approvazione accordo di programma sulle Dimissioni Protette tra L'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e L'ASP Ambito Territoriale IX.

- del parere favorevole, alla sottoscrizione degli accordi di programma in oggetto, del Direttore di Distretto dr. Corrado Ceci comunicato con nota prot. 104303|26/06/2023|AST-AN|JSDISTRE|P;
3. di approvare e sottoscrivere:
 - l'Accordo di programma sul Regolamento dell'Unità Valutativa Integrata (UVI) tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e L'ASP Ambito Territoriale IX, che allegato al presente atto ne è parte integrante e sostanziale;
 - l'Accordo Di Programma sulle Dimissioni Protette tra L'azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e L'ASP Ambito Territoriale IX, che allegato al presente atto ne è parte integrante e sostanziale;
 4. che dal presente atto non scaturiscono oneri di spesa a carico del Bilancio dell'AST Ancona, in quanto lo stesso ha una valenza esclusivamente organizzativa.
 5. di trasmettere il presente atto per gli adempimenti di competenza:
 - al Direttore dell'ASP Ambito Territoriale IX;
 - al Direttore del Distretto Sanitario di Jesi
 6. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 28 della L.R. 19/2022;
 7. di dare atto, infine, che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico aziendale, a norma dell'art. 39 della L.R. n. 19/2022.

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
AST DI ANCONA
Dott.ssa Nadia Storti**

Per i pareri infrascritti:

Visto il documento istruttorio riportato in calce al presente atto proposto dal dirigente dell'area Integrazione Socio Sanitaria si esprime parere favorevole.

**II SUB-COMMISSARIO
con funzioni di
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Riccardo Paoli**

U.O.C. Contabilità Bilancio e Finanza e U.O.C Controllo di Gestione.

Le sottoscritte, visto quanto dichiarato nel presente atto dal Responsabile del Procedimento, attestano che l'adozione del presente provvedimento non comporta aumento dei costi a carico del bilancio dell'AST di Ancona.

U.O.C. Contabilità Bilancio
e Finanza AST Ancona
(Dott.ssa Antonella Casaccia)

U.O.C. Controllo di Gestione
AST Ancona
(Dott.ssa Letizia Paris)

La presente determina consta di n. 34 pagine di cui n. 27 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**AREA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA****□ NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

- Legge 33/2017,
- D.lgs. 147/2017
- 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:
- Avviso-1-2022-PNRR.pdf • Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali,
- Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, 2021
- 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).

□ MOTIVAZIONE

Premesso che:

- la Legge di bilancio n. 234/2021 ha disciplinato una serie di interventi in merito ai servizi sociali e sociosanitari;
- l’art. 1 comma 163 della suddetta legge prevede che il servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscano, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza, l’accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari;

Preso atto che è necessario creare un'equipe integrata composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e all'ATS IX, al fine di garantire l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato ai sensi dell'art. 1 comma 163 della L. 234/2021;

Dato atto che l'ASP Ambito 9 (Capofila ATS IX) ha preparato una bozza di "Regolamento Unità Valutativa Integrata (UVI)" che definisce e regola i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale per la gestione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI) composta da personale appartenente al Servizio sanitario nazionale e all'ASP Ambito 9.

Negli incontri tra l'ASP Ambito 9 e l'AST Ancona – Distretto di Jesi per discutere della bozza di "Regolamento UVI" ed in esito degli stessi si è definito in modo condiviso un accordo di programma sul "Regolamento Unità Valutativa Integrata (UVI) tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e l'ASP AMBITO 9"

Vista la Deliberazione n. 5 del 02/02/2023 del Comitato dei sindaci dell'Ambito Territoriale IX di Jesi, si ritiene pertanto necessario sottoporre all'approvazione Ritenuto l'accordo di programma sul "Regolamento Unità Valutativa Integrata (UVI) tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e l'ASP Ambito IX"

Inoltre si è anche ravvisata la necessità di creare un'equipe integrata composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente all'AST di Ancona e all'ATS IX per garantire l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo delle dimissioni protette integrato ai sensi dell'art. 1 comma 170 della 234/2021;

Dato atto che:

- l'ASP Ambito 9 (Capofila ATS IX) ha preparato una bozza di Accordo di Programma sulle "Dimissioni Protette" che definisce e regola i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale per la gestione delle Dimissioni Protette composta da personale appartenente al Servizio sanitario nazionale e all'ASP Ambito 9;
- l'ASP Ambito 9 e l'AST Ancona – Distretto di Jesi si sono confrontati per discutere della bozza di accordo sulle "Dimissioni Protette";

Considerato che, in esito al confronto si è definito in modo condiviso un accordo di programma sulle "Dimissioni Protette tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e l'ASP AMBITO 9"

Preso atto che si è ritenuto necessario comporre un'equipe integrata composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e all'ATS IX, per garantire l'apporto di tutte le professionalità per lo svolgimento appropriato e tempestivo delle dimissioni protette integrato ai sensi dell'art. 1 comma 170 della 234/2021;

Vista la Deliberazione n. 16 del 22/06/2023 del Comitato dei sindaci dell'Ambito Territoriale IX di Jesi si ritiene pertanto necessario sottoporre all'approvazione Ritenuto l'accordo di programma sul sulle Dimissioni Protette tra L'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e L'ASP Ambito Territoriale IX

Si prende infine atto del parere favorevole alla sottoscrizione degli accordi espresso dal Direttore di Distretto dr. Corrado Ceci con nota prot. 104303|26/06/2023|AST-AN|JSDISTRE|P

Si specifica infine che dal presente atto non scaturiscono oneri di spesa a carico del Bilancio dell'AST Ancona, in quanto lo stesso ha una valenza esclusivamente organizzativa.

□ **ESITO DELL'ISTRUTTORIA:**

Tutto quanto sopra,
si propone l'adozione del seguente atto

1. Le premesse costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di prendere atto:
 - della Deliberazione n. 5 del 02/02/2023 del Comitato dei sindaci dell'Ambito Territoriale IX di Jesi avente ad oggetto: Approvazione accordo di programma sul regolamento Unità Valutativa Integrata (UVI) tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e l'Ambito Territoriale IX.
 - della Deliberazione n. 16 del 22/06/2023 del Comitato dei sindaci dell'Ambito Territoriale IX di Jesi avente ad oggetto: Approvazione accordo di programma sulle Dimissioni Protette tra L'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e L'ASP Ambito Territoriale IX.
 - del parere favorevole, alla sottoscrizione degli accordi di programma in oggetto, del Direttore di Distretto dr. Corrado Ceci comunicato con nota prot. 104303|26/06/2023|AST-AN|JSDISTRE|P;
3. di approvare e sottoscrivere:
 - l'Accordo di programma sul Regolamento dell'Unità Valutativa Integrata (UVI) tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e L'ASP Ambito Territoriale IX., che allegato al presente atto ne è parte integrante e sostanziale;
 - l'Accordo Di Programma sulle Dimissioni Protette tra L'azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e L'ASP Ambito Territoriale IX., che allegato al presente atto ne è parte integrante e sostanziale;
4. che dal presente atto non scaturiscono oneri di spesa a carico del Bilancio dell'AST Ancona, in quanto lo stesso ha una valenza esclusivamente organizzativa.
5. di trasmettere il presente atto per gli adempimenti di competenza:
 - al Direttore dell'ASP Ambito Territoriale IX;

– al Direttore del Distretto Sanitario di Jesi

6. di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 28 della L.R. 19/2022;
7. di dare atto, infine, che la presente determina non è sottoposta a controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico aziendale, a norma dell'art. 39 della L.R. n. 19/2022.

IL DIRIGENTE

Dott. Nazzeno Firmani

- ALLEGATI -

Allegato 1 - Accordo di programma sul Regolamento Unità Valutativa Integrata (UVI) tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e l'ASP AMBITO 9;

Allegato 2 - Accordo Di Programma sulle Dimissioni Protette tra L'azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona e L'ASP Ambito Territoriale IX., che allegato al presente atto ne è parte integrante e sostanziale;



Allegato 1

ACCORDO DI PROGRAMMA

sul REGOLAMENTO UNITA' VALUTATIVA INTEGRATA (UVI)

Tra l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona

e

l'ASP Ambito 9



ACCORDO DI PROGRAMMA

Il presente Accordo Interistituzionale di programma definisce e regola i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale per la gestione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI) composta da personale appartenente al Servizio sanitario nazionale e all'ASP Ambito 9, ai sensi dell'art. 1 comma 163 della L. 234/2021. Si rammenta a questo proposito che l'Azienda pubblica Servizi alla Persona "ASP Ambito 9" è l'ente capofila (attuatore) dell'Ambito sociale territoriale (ATS) n. 9 di Jesi.

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 per i contenuti che coinvolgono il Distretto sanitario di Jesi.

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

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

Visti il D.lgs. 147/2017 e la Legge 234/2021 (art. c. 163);

Richiamato il D.P.C.M 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza";

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

di condividere ed adottare il seguente "Regolamento dell'Unità Valutativa Integrata (UVI) tra l'Azienda Sanitaria Territoriale Ancona e l'ASP Ambito 9".



REGOLAMENTO UNITA' VALUTATIVA INTEGRATA (UVI)

Tra

l'Azienda Sanitaria Territoriale (AST) Ancona

e

l'ASP Ambito 9



INDICE

Art. 1 Oggetto

Art. 2 Percorso assistenziale integrato

Art. 3 Unità di valutazione integrata (UVI)

Art. 4 La valutazione multidimensionale

Art. 5 Piano assistenziale individualizzato

Art. 6 Responsabile del caso

Art. 7 Cessazione o sospensione del servizio

Art. 8 L' Unità operativa funzionale sociale e sanitaria (UOSES)

Art. 9 Norme transitorie e finali

Art. 1 Oggetto

Il presente Regolamento definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessari per la costituzione e la gestione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI) composta da personale appartenente al Servizio sanitario nazionale e all'ASP Ambito 9, ai sensi dell'art. 1 comma 163 della L. 234/2021.

Art. 2 Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato agli anziani non autosufficienti è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale individualizzato (PAI), monitoraggio degli esiti di salute.

Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del diritto di assistenza. La programmazione condivisa tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso assistenziale.

Nel presente regolamento si affrontano le tematiche relative all'UVI rimandando a successivo accordo l'attuazione integrata sociale e sanitaria delle altre fasi del percorso assistenziale integrato.

Art. 3 Unità di valutazione integrata (UVI)

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'Unità di Valutazione Integrata (UVI) composta da personale appartenente al Servizio sanitario nazionale e all'ASP Ambito 9, ai sensi dell'art. 1 comma 163 della L. 234/2021.

L'equipe integrata di distretto/ambito è composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in modo da garantire l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo l'UVI provvede anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione.

La composizione minima dell'Unità di valutazione integrata (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- Il medico di distretto;
- L'infermiere di famiglia o di comunità (IFOC);
- L'assistente sociale dell'ASP AMBITO 9 (Capofila ATS9);
- Il medico di medicina generale, ovvero il pediatra di libera scelta;

- L'assistente sociale dell'azienda sanitaria territoriale (distretto di Jesi).

La composizione minima può essere occasionalmente integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, case manager, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali.

Ai sensi dell'art. 1 comma 163 della legge di bilancio n. 234/2021, al fine di poter garantire un'effettiva integrazione tra il settore sociale e l'ambito sanitario, una assistente sociale dell'UVI viene individuata dall'ASP AMBITO 9. Tale figura, in alcuni situazioni, potrebbe variare in relazione al caso proveniente dai Comuni dell'ATS 9 e sarà comunque individuata dall'ASP AMBITO 9 tra gli assistenti sociali che hanno la presa in carico del soggetto in valutazione.

Specularmente, le figure sanitarie e sociali, già in dotazione all'AST Ancona-Distretto Jesi, individuate per l'UVI, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario.

La sede dell'UVI è situata presso il distretto sanitario di Jesi.

Art. 4 La valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale.

Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- a) La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni.
- b) La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione integrata formalmente riunita, anche in modalità online.

Le funzioni dell'UVI sono:

- a) Effettuare la valutazione multidimensionale e multidisciplinare che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso

ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.

- b) Elaborare il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili;
- c) Individuare l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni o in alternativa disporre che il case manager venga identificato dall'unità operativa che eroga il servizio.
- d) Monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie.

Art. 5 Piano assistenziale individualizzato

Il Piano assistenziale individualizzato costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, che ricomprende tutte gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare.

L'UVI definisce gli obiettivi di salute dei servizi e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita.

L'UVI cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI.

Art. 6 Responsabile del caso

Il Responsabile del caso (case manager) seguirà la realizzazione del progetto personalizzato e si assume la responsabilità del coordinamento degli interventi in esso previsti. Rappresenterà anche il principale riferimento organizzativo per l'assistito, la sua famiglia e con il referente socio-sanitario del distretto.

Può essere una figura sanitaria o sociale, individuata in base ai bisogni prevalenti del soggetto all'interno dell'équipe che tratta il caso.

Il Responsabile del caso viene individuato dall'UVI o dal gestore del servizio.

Art. 7 Cessazione o sospensione del servizio

Le azioni del percorso assistenziale integrato possono cessare in caso di:

- a) Raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAI a seguito di verifica da parte della UVI;
- b) Impossibilità di raggiungimento degli obiettivi previsti dal PAI e a seguito di mutate condizioni socio sanitarie;
- c) Decesso della persona assistita;
- d) Volontà dell'assistito o chi titolato ad assumere decisioni per suo conto.

Art. 8 L' Unità operativa funzionale sociale e sanitaria (UOSES)

Lo strumento di integrazione gestionale e professionale tra Distretto Sanitario e ASP Ambito 9 (Ente capofila dell'Ambito sociale IX) 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 (che coincide anche nella figura del Direttore dell'ASP Ambito 9), così come disposto dalla DGR n. 110/2015.

Art. 9 Norme transitorie e finali

Il presente Regolamento entra in vigore dal 1/3/2023.

Successivamente all'entrata in vigore il presente Regolamento sarà pubblicato sul sito Ufficiale dell'ASP nella sezione Amministrazione trasparente – Regolamenti e sul sito della Azienda sanitaria territoriale.

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 le prestazioni sociali e le prestazioni sanitarie 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 similare 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 fisiatrica.</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 fisiatrica, 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 carico2 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 carico2 trasferisce le informazioni al care manager3 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 équipes 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)

