REGIONE MARCHE
Giunta regionale

Pubblicata in, www.grusol.it

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

n. 1471 del 16 novembre 2026

Oggetto: Aggiornamento delle “Linee di indirizzo regionali per la Dimissione Protetta”. Modifica della DGR n. 1237/2021.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dal Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell’Agenzia Regionale Sanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all’articolo 4, comma 5, della legge regionale 30 luglio 2021, n. 18, sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica, della Dirigente del Settore Territorio e Integrazione Sociosanitaria dell’Agenzia Regionale Sanitaria e la dichiarazione della medesima che l’atto non necessita dell’attestazione di copertura finanziaria.

VISTA la proposta del Direttore dell’Agenzia Sanitaria Regionale;

VISTO l’articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell’allegato “Verbale di seduta”

DELIBERA

1. *di aggiornare le “Linee di indirizzo regionali per la Dimissione Protetta”, di cui alla DGR n. 1237/2021, come riportato nell’allegato A al presente atto.*
2. *di incaricare gli Enti del Servizio Sanitario Regionale di dare attuazione a quanto previsto dalla presente Deliberazione.*

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
Francesco Maria Nocelli
Documento informatico firmato digitalmente

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
Francesco Acquaroli
Documento informatico firmato digitalmente

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

Nazionale:

- **Accordo**, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante «Piano nazionale della cronicità», previsto dall'articolo 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo **Patto per la salute per gli anni 2014-2016** (Rep. atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016).
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017**, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza".
- **Decreto del Ministero della Salute del 23 maggio 2022, n.77** "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".
- **Accordo**, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Piano nazionale della cronicità" - proposta di aggiornamento. **(Rep. Atti 175/CSR del 23 ottobre 2025).**

Regionale:

- **Legge Regionale 30 settembre 2016**, n. 21 e ss.mm.ii. "Autorizzazioni e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati".
- **DGR n. 1355 del 20 novembre 2017** "Recepimento Accordo Conferenza Stato-Regioni del 15 settembre 2016 sul "Piano Nazionale Cronicità" (Rep. Atti n.160/CSR), di cui all'ART. 5, comma 21 dell'intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016."
- **Regolamento regionale n.1 del 01 febbraio 2018**. "Definizione delle tipologie delle strutture e dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali pubblici e privati ai sensi del'art.7, comma 3, della Legge Regionale 30 settembre 2016, n. 21 Autorizzazione e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali pubblici e privati e disciplina degli accordi contrattuali delle strutture e dei servizi sanitari, socio-sanitarie sociali pubblici e privati".
- **DGR n.1237 del 18 ottobre 2021** "Linee di indirizzo regionali per la Dimissione Protetta".
- **DGR n. 56 del 31 gennaio 2022** "Recepimento dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province

autonome di Trento e di Bolzano, sul documento concernente "Linee di indirizzo per la individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione" (Atto n. 124/CSR del 4/8/2021)

- **Deliberazione dell'Assemblea Legislativa Regionale n. 57 del 9 agosto 2023** "Piano Socio Sanitario Regionale 2023-2025 salute, sicurezza e innovazione per i cittadini marchigiani".
- **DGR n. 1402 del 30 settembre 2023** "Linee di indirizzo regionali per la continuità terapeutica ospedale-territorio nella Regione Marche. Modello operativo per la prescrizione, erogazione, somministrazione di farmaci a domicilio e in strutture residenziali extraospedaliere".
- **DGR n. 1412 del 30 settembre 2023** "L.R. n. 21/2016 – Aggiornamento del Manuale di Autorizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere e sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale. Modifica delle DDGR 937/2020 e 938/2020".
- **DGR n. 1707 del 20 novembre 2023 "**Linee Guida organizzative regionali per la presa in carico presso la rete ospedaliera di emergenza-urgenza"
- **DGR n. 5 del 05 gennaio 2024** "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio della scheda di dimissione Ospedaliera in ambito Riabilitativo (SDO-R), integrato nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)"
- **DGR n. 858 del 4 giugno 2024** "Linee di indirizzo delle Centrali Operative Territoriali (COT) previste dal Decreto del Ministro della Salute del 23 Maggio 2022, n. 77 concernente "Regolamento recante la definizione dei modelli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale"".
- **Decreto n. 62 del 02 aprile 2025 "**Istituzione Cabina di Regia per l'attività riabilitativa integrata ospedale-territorio".
- **DGR n. 993 del 30 giugno 2025** "Istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio degli Ospedali di Comunità (SIOC), nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)".
- **DGR n. 1830 del 15 dicembre 2025 "**DM 77/2022 Linee di indirizzo per la realizzazione e la conduzione dei Centri Servizi per la Telemedicina"
- **DGR n. 1900 del 30 dicembre 2025** "DM 77/2022 Attuazione DGR 559/2023 - Completamento del riordino della rete sanitaria territoriale e Linee di indirizzo per l'attuazione del modello organizzativo degli Ospedali della Comunità".
- **DGR n. 1901 del 30 dicembre 2025** "Linee di indirizzo per la definizione dei piani di potenziamento degli Ospedali di Comunità, art 1, comma 274, Legge n. 234 del 30/12/2021 e art. 1, comma 244, Legge 213 del 30/12/2023".
- **DGR n. 607 del 26 maggio 2026** "Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Piano nazionale della cronicità" - proposta di aggiornamento (Rep.

Atti n.175/CSR del 23 ottobre 2025) – Recepimento"

- **DGR n. 555 del 18 maggio 2026** "Rete regionale di emergenza-urgenza ospedaliera: indicazioni organizzative per il potenziamento delle attività finalizzate alla riduzione del sovraffollamento e boarding in Pronto Soccorso".
- **DGR n. 557 del 18 maggio 2026** "DM 77/2022 Attuazione DGR 1900/2025 - Organizzazione dei Percorsi dell'Ospedale di Comunità".
- **Decreto n. 93 del 29 giugno 2026 "**Recepimento dei Piani Locali di Assistenza Riabilitativa delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST)".
- **DGR n. 873 del 06 luglio 2026** "DGR 674/2026: "DM 77/2022 Attuazione DGR 1900/2025 Percorsi Amministrativi dell'Ospedale di Comunità" - Revisione e Aggiornamento".

Motivazione

La DGR n. 1237 del 18 ottobre 2021 approvava le *"Linee di indirizzo regionali per la Dimissione Protetta"*, allo scopo di dare una risposta alla necessità di programmare le Dimissioni Protette dagli Ospedali per acuti verso le strutture territoriali, per le persone affette da patologie croniche o da condizioni di fragilità, determinate non solo da fattori clinici ma anche da elementi socio-familiari e ambientali. Su tali premesse la DGR n.1237/2021 individuava nella Dimissione Protetta lo strumento organizzativo destinato a garantire la continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio, riducendo il rischio di riammissioni inappropriate e di accessi impropri al Pronto Soccorso e affidava a un gruppo di lavoro regionale il compito di uniformare le procedure adottate dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR), anche attraverso l'implementazione del sistema informativo SIRTE.

La necessità dell'aggiornamento discende dal mutamento del quadro organizzativo intervenuto successivamente all'adozione delle Linee di indirizzo del 2021. Il Decreto del Ministro della Salute 23 maggio 2022, n. 77, richiamato nel presente documento istruttorio, ha definito modelli e standard dell'assistenza territoriale, con riferimento, tra l'altro, alle Case della Comunità (CdC), agli Ospedali di Comunità (OdC), alle Centrali Operative Territoriali (COT) e all'assistenza domiciliare. I provvedimenti regionali di attuazione richiamati delineano pertanto un assetto nel quale il percorso di Dimissione Protetta deve essere raccordato alle funzioni dei diversi nodi della rete. La revisione è volta a rendere coerenti le modalità di presa in carico della persona cronica e fragile con tale assetto, evitando sovrapposizioni e discontinuità nei passaggi tra i setting assistenziali.

In questo quadro, l'aggiornamento riguarda in particolare il raccordo del percorso di Dimissione Protetta con due componenti della rete territoriale:

1. le Centrali Operative Territoriali, le cui Linee di indirizzo sono state approvate con la DGR n. 858 del 4 giugno 2024, per le funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Il loro ruolo deve essere considerato nel percorso di Dimissione Protetta ai fini del coordinamento dei passaggi tra ospedale e territorio;
2. gli Ospedali di Comunità, previsti dal DM 77/2022, in relazione al duplice ruolo di strutture riceventi e invianti nel percorso di Dimissione Protetta. L'OdC può costituire un setting di destinazione e al termine della degenza, il punto di avvio di un successivo percorso verso il domicilio o altro setting assistenziale appropriato. La revisione deve quindi raccordare l'ingresso e la dimissione dall'OdC con gli altri percorsi della rete, tenendo distinti il ricovero in OdC, l'assistenza domiciliare e l'assistenza residenziale sanitaria e sociosanitaria.

Un ulteriore ambito di aggiornamento riguarda l'integrazione della componente riabilitativa nel percorso di Dimissione Protetta. Con la DGR n. 56 del 31 gennaio 2022 sono state recepite le «Linee di indirizzo per l'individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione», che costituiscono il riferimento per raccordare la valutazione dei bisogni e l'individuazione del setting assistenziale con la continuità del percorso riabilitativo tra ospedale e territorio. In tale prospettiva, la revisione è volta a chiarire il raccordo tra valutazione multidimensionale, valutazione specialistica riabilitativa e strumenti di valutazione, in relazione ai bisogni della persona e alle indicazioni dei provvedimenti richiamati, senza sovrapporre le rispettive funzioni. Il quadro regionale comprende inoltre la DGR n. 5 del 5 gennaio 2024, relativa al sistema informativo per il monitoraggio della Scheda di Dimissione Ospedaliera in ambito Riabilitativo (SDO-R), integrato nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e il Decreto ARS n. 62 del 2 aprile 2025, di istituzione della Cabina di Regia per l'attività riabilitativa integrata ospedale-territorio. Tali strumenti si raccordano agli obiettivi di integrazione dei setting assistenziali, di raccordo attraverso le COT e di potenziamento della telemedicina richiamati nel Piano Socio-Sanitario Regionale 2023-2025. Da ultimo, con il Decreto ARS n. 93/2026, la Regione ha recepito l'aggiornamento dei Piani Locali per l'Assistenza Riabilitativa delle Aziende Sanitarie Territoriali (AST). Il coordinamento con questi provvedimenti è necessario per collocare la Dimissione Protetta all'interno di un percorso di cura unitario, coerente con i bisogni clinici, funzionali e assistenziali della persona.

Per le ragioni esposte, l'aggiornamento delle Linee di indirizzo di cui alla DGR n. 1237/2021 è finalizzato a rendere coerente il percorso di Dimissione Protetta con l'assetto della rete territoriale e con i percorsi riabilitativi richiamati. L'interesse pubblico perseguito consiste nel favorire la continuità e l'appropriatezza dell'assistenza, l'uniformità delle procedure tra gli Enti del SSR e la chiarezza dei raccordi tra i servizi, tenendo conto dei bisogni della persona e delle condizioni socio-familiari e ambientali. Tali finalità si collocano nel quadro dei principi di buon andamento e imparzialità di cui all'articolo 97 della Costituzione e richiedono attenzione alla

chiarezza delle competenze e delle responsabilità, alla verificabilità dell'attuazione e alla sostenibilità organizzativa ed economica delle misure. L'aggiornamento deve pertanto essere letto in coordinamento con la disciplina vigente dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e con gli atti regionali richiamati, per gli ambiti di rispettiva applicazione.

Per l'elaborazione della revisione e dell'aggiornamento è stato costituito un gruppo di lavoro composto da medici, tra i quali specialisti in medicina fisica e riabilitazione, infermieri, fisioterapisti, logopedisti e assistenti sociali, indicati dagli Enti del SSR. Il gruppo ha revisionato e aggiornato le «Linee di indirizzo regionali per la Dimissione Protetta» alla luce della riorganizzazione territoriale avviata dal DM 77/2022, con l'obiettivo di raccordare il percorso di presa in carico della persona fragile in dimissione con il nuovo assetto della rete. Le Linee di indirizzo oggetto di approvazione sono riportate nell'allegato A.
Nell'ambito del percorso partecipativo e di consultazione istituzionale, la bozza delle Linee di indirizzo elaborata dal gruppo di lavoro è stata trasmessa ai Direttori generali degli Enti del SSR per acquisirne le valutazioni ai fini della condivisione del testo. Le relative note sono conservate presso il Settore competente dell'ARS. Le indicazioni formulate dagli Enti del SSR nell'ambito della consultazione sono state recepite nella versione finale delle Linee di indirizzo di cui all'allegato A.

Esito dell'istruttoria

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026

Il responsabile del procedimento
Grazia Anna Rita Martino
Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DEL SETTORE TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA – ARS

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione.
Dichiara, altresì, che la presente deliberazione non necessita dell'attestazione di copertura finanziaria e, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il dirigente del
Sonia Tonucci
Documento informatico firmato digitalmente

REGIONE MARCHE
Giunta regionale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.
Dichiara, altresì, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 413/2026.

Il direttore ad interim
Antonio Draisci
Documento informatico firmato digitalmente

FIRMATARI

GRAZIA ANNARITA MARTINO (responsabile procedimento)
SONIA TONUCCI (dirigente del settore territorio ed integrazione socio sanitaria - ars)
ANTONIO DRAISCI (direttore della agenzia regionale sanitaria)
FRANCESCO NOCELLI (segretario di giunta)
FRANCESCO ACQUAROLI (presidente)

ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DELL'ATTO

Allegato A Aggiornamento DGR n 1237 2021 linee di indirizzo dimissione protetta_.pdf -
93EE91A1277CD69D5CCF4BF3D69646496A95DDCE0095746104A6F57AC9C77BFA

ALLEGATO A

LINEE DI INDIRIZZO PER LA DIMISSIONE PROTETTA

INDICE

1. PERCORSO PER LA DIMISSIONE PROTETTA

Premessa

FASE 1 - Identificazione dei bisogni di continuità assistenziale

- Persone target
- Rilevazione del bisogno
- Tempistica
- Scale di valutazione obbligatorie ai fini dell'attivazione del percorso
- Compilazione Check list per accesso ad OdC

FASE 2 - Segnalazione del caso (Setting Ospedaliero)

- Proposta di dimissione protetta e informazione
- Attivazione della Dimissione Protetta (DP)

FASE 3 - Ricezione della segnalazione e attivazione UVI (Unità di Valutazione Integrata)

- Ricezione della segnalazione e accettazione della richiesta

FASE 4 - Valutazione UVI e redazione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)

- Valutazione e Redazione PAI
- Feedback alle strutture ospedaliere richiedenti

FASE 5 - Presa in carico territoriale

- Pianificazione dimissione da parte della struttura inviante
- Presa in carico territoriale da parte della Centrale Operativa Territoriale (COT) distrettuale e UVI – Strutture Residenziali e Cure Domiciliari Integrate (ADI).

2. SCALE DI VALUTAZIONE

2.1 Scale di valutazione da compilare in base ai bisogni della persona

3. ASPETTI SOCIO-ASSISTENZIALI

- Figura 1 scheda a cura dell'Assistente Sociale

4. SETTING DI CURE RESIDENZIALI (di cui alle DGR n. 1412/2023)

4.1 Ospedale di Comunità

4.2 Area disabilità

4.3 Area salute mentale

4.4 Area dipendenze patologiche

4.5 Area minori

4.6 Area anziani / soggetti fragili

4.7 Area adulti

5. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER PAZIENTI CON BISOGNO RIABILITATIVO

Tabella 1

- Valutazione multidimensionale per pazienti adulti con bisogno riabilitativo extraospedaliero
- Valutazione multidimensionale per paziente in età evolutiva con bisogno riabilitativo extraospedaliero

Figura 2 - Percorso riabilitativo Unico nell'ambito della continuità Ospedale Territorio.

6. MODULO DI INFORMAZIONE SULL'ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA.

1. PERCORSO PER LA DIMISSIONE PROTETTA

Premessa

La Dimissione Protetta (DP) si configura quale percorso strutturato di integrazione e coordinamento tra i servizi e gli operatori delle strutture ospedaliere e territoriali.

Tale percorso, le cui fasi sono rappresentate nella tabella n.1, è avviato dall'équipe ospedaliera per gli assistiti in condizione di fragilità dimessi dalle Unità Operative per acuti e post-acuti e dall'Ospedale di Comunità (OdC). L'attivazione avviene attraverso la piattaforma del Sistema Informativo Regionale per il Territorio compilando la scheda di valutazione articolata in cinque quadri specifici:

1. Generale
2. Medico
3. Infermieristico
4. Sociale
5. 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, sebbene ripetute nel tempo, non richiedano la presa in carico globale del paziente, né una valutazione multidimensionale/multidisciplinare. Tali dimissioni devono comunque essere segnalate alla Centrale Operativa Territoriale (COT) Distrettuale di competenza per la successiva attivazione del piano prestazionale, secondo le procedure vigenti.

FASE 1 - IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	
Persone target	Persone fragili provenienti da un'Unità Operativa (UO) per acuti, post-acuti e OdC, verso l'assistenza territoriale e/o persone suscettibili di possibilità di recupero e miglioramento funzionale
Rilevazione del bisogno	1. Équipe ospedaliera: Medico, Infermiere, Case Manager e Assistente Sociale che compila l'apposita scheda (figura 1). 2. Equipe dell'OdC (Medico, Infermiere, Fisioterapista) 3. Medico specialista in medicina fisica e riabilitazione. Il Medico specialista in medicina fisica e riabilitazione indica il percorso riabilitativo, fornisce indicazioni sulla tipologia di interventi e setting riabilitativi intensivi o estensivi del Territorio, partecipa alla valutazione multidimensionale per l'ambito riabilitativo, (tabella 1 - Valutazione Riabilitativa), compila la consulenza nel Sistema Informativo in uso nel reparto richiedente. Il reparto inviante trasmette la consulenza fisiatrica contestualmente alla documentazione che completa la

	valutazione multidimensionale. (Figura 2 - Percorso riabilitativo Unico nell'ambito della continuità Ospedale Territorio)
Tempistica	Il modulo di DP deve essere redatto almeno 48/72 ore prima della presunta dimissione, compilando la scheda nel Sistema Informativo Regionale per il Territorio.
Scale di valutazione obbligatorie ai fini dell'attivazione del percorso	A CURA DEL PERSONALE DEL REPARTO DI DEGENZA Valutazione della Complessità assistenziale e dell'instabilità clinica: - Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS): questa scala deve essere somministrata almeno 48/72 ore dall'ingresso e ricompilata almeno 48/72 ore prima della Dimissione Protetta. - Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA) - Modified Early Warning Score (MEWS) (valutazione stabilità) - Sistema Tri-Co - Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) (valutazione della comorbilità) Scale di valutazione del dolore che verranno selezionate tenendo conto delle specifiche condizioni del paziente: - Numerical Rating Scale (NRS) - Visual Analogue Scale (VAS) - Verbal Rating Scale (VRS) - Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) A CURA DEL MEDICO SPECIALISTA IN MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE Valutazione Riabilitativa: - Rankin modificata (differenziale della scala Rankin per la disabilità premorbosa e attuale) - Rehabilitation Complexity Scale (RCS) (valutazione del carico assistenziale). Le altre scale di cui al punto 2.1 sono da compilarsi in base ai bisogni della persona.
Compilazione Check list per accesso ad OdC	In caso di proposta di ricovero in Ospedale di Comunità, ai fini della verifica dei criteri di inclusione ed esclusione, oltre alle scale di valutazione obbligatorie, devono essere compilate le check list previste dalla DGR 557/2026 dal Medico che propone il ricovero e dal medico accettante dell'OdC.
FASE 2 - SEGNALAZIONE DEL CASO **SETTING OSPEDALIERO**	

Proposta di dimissione protetta e informazione	Il Medico della struttura di degenza che propone la DP informa la persona ricoverata/ familiare/caregiver/tutore sulla necessità di attivazione del percorso, compilando l'apposito modulo e facendolo firmare per presa visione. (Cap. 6. Modulo di Informazione sull'Attivazione del Percorso di Dimissione Protetta).
Attivazione della DP	Almeno 48/72 ore prima della data prevista della dimissione, il Bed Manager e/o l'Assistente Sociale, notificano la richiesta alla COT utilizzando le modalità previste dal cruscotto di gestione e fornendo tutte le informazioni richieste per l'attivazione del percorso DP proponendo uno dei seguenti setting assistenziali: - cure domiciliari integrate; - cure residenziali di cui alla DGR 1412/2023.
FASE 3: RICEZIONE DELLA SEGNALAZIONE E ATTIVAZIONE UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (UVI)	
Ricezione della segnalazione accettazione della richiesta	A seguito della notifica della DP, la COT individua la tipologia del bisogno (semplice = monodimensionale, sanitario o sociale; complesso = multidimensionale, sociosanitario), utilizzando le informazioni disponibili inserite nel Sistema Informativo Regionale per il Territorio dalla struttura inviante. La COT identifica il setting assistenziale per il bisogno semplice mentre per il bisogno complesso attiva l'UVI la quale identifica il setting idoneo e lo comunica alla COT.
FASE 4: VALUTAZIONE UVI E REDAZIONE DEL PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALE (PAI)	
Valutazione e Redazione PAI	L'UVI effettua la valutazione multidimensionale del caso entro 24/48 ore dall'arrivo della richiesta di dimissione protetta o entro massimo 72 ore per i casi più complessi, redige il PAI, individua il setting assistenziale appropriato e lo inserisce nel Sistema Informativo.
Feedback alle strutture ospedaliere richiedenti	Al completamento della valutazione da parte dell'UVI, la COT visualizza sul Sistema Informativo l'esito rispetto al setting di prosecuzione delle cure. Verifica la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato e identifica la struttura/servizio di destinazione. La COT, tramite Sistema Informativo, informa la struttura richiedente e coordina la presa in carico della persona tra i servizi ed i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali.

FASE 5: PRESA IN CARICO TERRITORIALE	
Pianificazione della dimissione da parte della struttura inviante	Il Medico e l'Infermiere della struttura dimettente, in previsione della DP, assicurano: - che all'assistito vengano garantite, prima della dimissione, le procedure e gli interventi necessari per il proseguimento delle cure post dimissione (es. posizionamento Catetere Venoso Centrale - CVC, Peripherally Inserted Central Catheter (PICC), Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG)); - che all'assistito vengano garantite e programmate: o le consulenze necessarie per il proseguo delle cure post dimissione (es. consulenza fisiatrica, nutrizionale, neurologica); o eventuali controlli ambulatoriali; o medicazioni; o Day Hospital con relativi appuntamenti; o piani terapeutici (es. farmaci, addensanti, ossigeno liquido); o la prescrizione dei presidi e/o ausili se necessari; o le attività di formazione e addestramento del caregiver; o trasporti sanitari necessari; - che la fornitura dei farmaci prescritti all'assistito in dimissione avviene per il tramite della Farmacia Ospedaliera della struttura presso la quale il paziente è stato ricoverato limitatamente al primo ciclo terapeutico completo. Il primo ciclo terapeutico completo rappresenta il completamento del trattamento farmacologico avviato in ospedale in quantità sufficiente a garantire il raggiungimento della successiva visita di controllo presso il medico specialista ospedaliero, o presso il Medico di Medicina Generale (MMG) o il Pediatra di Libera Scelta (PLS), cioè di norma una settimana di terapia; - che In caso di nutrizione artificiale venga fornita una quantità di sacche per l'alimentazione sufficiente a garantire la copertura del fabbisogno di almeno 7 giorni (primo ciclo terapeutico completo) erogate secondo le modalità in essere nei singoli Enti; Quando la struttura inviante conferma la dimissione, ne informa la COT e attiva la Centrale Coordinamento Trasporti (CCT).

Presa in carico territoriale da parte della COT distrettuale e UVI **- Strutture Residenziali** **E Cure Domiciliari Integrate (ADI).**	La COT: - prende in carico la richiesta e assicura la continuità, accessibilità ed integrazione del percorso assistenziale, integra le informazioni e mette in contatto tutti i professionisti/servizi coinvolti; - Identifica la tipologia del bisogno (semplice o complesso). Per i bisogni semplici, definisce direttamente il setting assistenziale di riferimento. Qualora emerga un bisogno complesso, attiva l'UVI la quale esamina la documentazione presente in piattaforma, effettua la valutazione multidimensionale, individua il setting idoneo e redige il PAI, rendendolo disponibile alla COT; - effettua un'analisi sul territorio per verificare la disponibilità dei servizi o strutture corrispondenti al setting assistenziale individuato e identifica la struttura/servizio di destinazione; - coordina/ottimizza gli interventi attivando soggetti e risorse della rete assistenziale; se non è disponibile una soluzione immediata, predispone apposite liste di attesa. La struttura ricevente conferma la disponibilità alla presa in carico e pianifica la transizione/integrazione, unitamente alla COT; - informa tutti gli attori del sistema e coordina la presa in carico della persona tra i servizi ed i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali. La COT: - coordina i tempi e le modalità di invio tra la struttura inviante e la struttura ricevente; - monitora lo stato della transizione e della presa in carico, verificando la sussistenza degli aspetti organizzativi e logistici pianificati. In caso di scostamenti dal programmato, si attiva proattivamente con il referente del servizio/struttura di destinazione, notifica a tutti gli attori coinvolti l'esito e ne garantisce l'adeguato aggiornamento. Per i trasporti per la Dimissione Protetta si applica la normativa vigente nella Regione Marche.

2. SCALE DI VALUTAZIONE

Le scale valutative permettono di individuare precocemente le persone target del percorso di DP, identificando il setting di continuità assistenziale più appropriato relativamente ai bisogni della persona.

Le scale individuate per la DP non sostituiscono le scale già adottate nelle diverse Unità Operative o Strutture Extraospedaliere.

Gli strumenti sotto elencati sono tutti presenti nel Sistema Informativo per la Rete del Territorio.

2.1 Scale di valutazione da compilare in base ai bisogni della persona

- Barthel Index Modified (BIM)
- Trunk Control Test – TCT
- Holden - Functional Ambulation Category/Classification FAC
- Modified Motricity Index
- Scala di BERG
- Glasgow Coma Scale – GCS
- Medical Research Council – MRC
- Dysphagia Outcome and Severity Scale – DOSS
- Scala Disabilità Comunicativa
- Scala ADL
- Scala IADL

3. ASPETTI SOCIO-ASSISTENZIALI:

La seguente scheda sarà compilata a cura dell'Assistente Sociale.

Figura 1

Colloquio effettuato con _____il _____da cui emerge quanto segue:

PAZIENTE**:**

Cognome_____Nome_____

- STATO CIVILE
- PERSONE DI RIFERIMENTO
- A DOMICILIO ASSISTENZA FORNITA DA _____

CONDIZIONE SOCIO-FAMILIARE (tendina con le voci sotto riportate)

☐ Vive solo

☐ Vive con il coniuge autonomo

☐ Paziente istituzionalizzato

☐ Altro (specificare) _____

☐ Vive con il coniuge non autonomo
☐ Vive con persone che forniscono assistenza continuativa (familiari, assistente domiciliare..)
☐ Può usufruire di persone che forniscono assistenza per alcune ore durante la giornata (familiari, assistente domiciliare, volontari,…).

SERVIZI TERRITORIALI GIÀ ATTIVI:

☐ SAD n° di ore……. ☐ Assegno di cura ☐ Fornitura presidi/ausili ☐ Telesoccorso

☐ HCP ☐ contributo economico ☐ CDI ☐ ALTRO……

In carico ai servizi sociali territoriali c/o
……

(Ass. Sociale di riferimento..... Tel. ……)

MMG_____TEL._____

CONDIZIONE ECONOMICA: STUDENTE/OCCUPATO/DISOCCUPATO/INOCCUPATO

Titolare di pensione	☐SI ☐NO		
Invalidità	☐SI ☐NO % _____		
Assegno di accompagno	☐SI ☐NO	Legge 104/92	☐SI ☐NO
In corso	☐SI ☐NO	Altro	☐SI ☐NO

CONDIZIONE ABITATIVA

ABITAZIONE:

☐ Di proprietà; ☐ Affitto; ☐ Usufrutto; ☐ Senza fissa dimora; ☐ Altro (specificare)_____

PRESENZA DI BARRIERE ARCHITETTONICHE:

☐ NO ☐ SI Esterne: …….. Interne: ……

VALUTAZIONE SOCIALE:

SERVIZIO SOCIALE _____

DATA_____

4 SETTING DI CURE RESIDENZIALI di cui alle DGR n.1412/2023

4.1 Ospedale di Comunità di cui alle DGR n.1412/2023 n.858/2024 e n.557/2026

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Ospedale **di Comunità.** **Codice Paragrafo: ODC.**	- Assistiti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione in condizione clinica pre-esistente, insorgenza di un quadro imprevisto, il cui ricovero in ospedale risulta inappropriato; - assistiti, prevalentemente affetti da multi morbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, in dimissione ma in condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa; - assistiti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione dei presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento dell'assistito e del caregiver prima del ritorno al domicilio; - assistiti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue, supporto ed educazione terapeutica alla persona con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di percorsi/PDA/Protocolli, già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro al domicilio.	La dimissione protetta verso l'OdC degli assistiti eleggibili provenienti da Ospedale per acuti, è regolata da specifici criteri di inclusione ed esclusione e avviene attraverso il Percorso C definito dalla DGR 557/2026. I percorsi A (accesso diretto da Pronto Soccorso) e B (accesso diretto da Ospedale per acuti) definiti anch'essi dalla DGR 557/2026 non rientrano nella dimissione protetta. Attivazione della COT e valutazione UVI.

4.2 Area disabilità di cui alle DGR n.1412/2023 n.858/2024

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Residenza Sanitaria Riabilitativa Intensiva per Disabili. **Codice Paragrafo: RD1.**	Persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili e misurabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere ed un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore.	Attivazione della COT e valutazione UVI. (Per l'accesso alla struttura riabilitativa è necessaria nella valutazione multidimensionale la consulenza fisiatrica)
Unità Speciale Residenziale. **Codice Paragrafo: RD1-USR.**	Persone non autosufficienti ad elevato livello assistenziale con disabilità importanti e complesse, tra cui le Unità Speciali, con una presa in carico che comprende: persone in respiro spontaneo con disabilità complessa grave, persone tracheostomizzate in respiro spontaneo, persone tracheostomizzate in ventilazione meccanica. Tale presa in carico richiede: – Assistenza medica diretta – Intervento/nursing riabilitativo/educativo/psicologico – Infermieri e OSS di cui almeno il 40% Infermiere e 60% OSS.	Attivazione della COT e valutazione UVI. (Per l'accesso alla struttura riabilitativa è necessaria nella valutazione multidimensionale la consulenza fisiatrica)
Residenza Sanitaria Riabilitativa Estensiva per Disabili. **Codice Paragrafo: RD2.**	Persone non autosufficienti in condizioni di evolutività clinica ad elevato bisogno clinico ed assistenziale, destinato a crescere in modo continuo e sostenuto per la durata della presa in carico. Il setting assistenziale necessita di cure infermieristiche e di supporto (OSS) a carattere continuo nelle 24 h ed almeno 1h/die di trattamento riabilitativo.	Attivazione della COT e valutazione UVI. (Per l'accesso alla struttura riabilitativa è necessaria nella valutazione multidimensionale la consulenza fisiatrica)

Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale per Disabili. **Codice Paragrafo: RD3.**	Persone maggiorenni, in condizioni di disabilità con gravi deficit psico-fisici e sensoriali (comprese le persone con disturbi dello spettro autistico) valutati con scale di valutazione multidimensionale adottate a livello regionale, tali da richiedere un elevato grado di assistenza con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitativo con elevato livello di integrazione socio-sanitaria. Servizi e prestazioni vengono effettuate con il coinvolgimento dei soggetti interessati, secondo quanto previsto nel progetto individuale secondo la normativa vigente.	Attivazione della COT. Si accede alla struttura previa valutazione multidimensionale effettuata dalle Unità Multidisciplinari per l'Età Adulta (UMEA) e operanti nell'ambito delle Unità Operative Sociali e Sanitarie (U.O.Se.S).
Gruppo appartamento per le disabilità. **Codice Paragrafo: RD4.**	Servizio che garantisce trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali con una notevole compromissione delle autonomie funzionali, i quali hanno adempiuto all'obbligo scolastico e per i quali non è prevedibile nel breve periodo un percorso lavorativo o formativo.	Attivazione della COT. Si accede alla struttura previa valutazione multidimensionale effettuata dalle Unità Multidisciplinari per l'Età Adulta (UMEA) e operanti nell'ambito delle Unità Operative Sociali e Sanitarie (U.O.Se.S).
Centro Diurno Riabilitativo per Disabili. **Codice Paragrafo: SRDis1.**	Persone con disabilità psico-fisico-sensoriali, non autosufficienti con potenzialità di recupero che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera pro capite nell'ambito del Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) per la frequenza del Centro. La durata dei trattamenti non supera di norma 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale, effettuata con strumenti adottati a livello regionale, non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo. Tale livello di intensità assistenziale viene erogato nelle seguenti strutture	Attivazione della COT e valutazione UVI.

	semiresidenziali sanitarie estensive per disabili SRDis1. Sono ammissibili anche persone in età evolutiva che non hanno ancora assolto l'obbligo scolastico ma per i quali il PTRI ne preveda l'esigenza di frequenza. - Semiresidenziale Unità Plurisensoriali Età Evolutiva; - Semiresidenziale Alto Livello; - Semiresidenziale Medio Livello;	
Centro Diurno Socio Educativo Riabilitativo per Disabili a valenza socio-sanitaria. **Codice Paragrafo: SRDis2.**	Persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali con una notevole compromissione delle autonomie funzionali, i quali hanno adempiuto all'obbligo scolastico e per i quali non è prevedibile nel breve periodo un percorso lavorativo o formativo.	Attivazione della COT. Si accede alla struttura previa valutazione multidimensionale effettuata dalle Unità Multidisciplinari per l'Età Adulta (UMEA) e operanti nell'ambito delle Unità Operative Sociali e Sanitarie (U.O.Se.S).

4.3 Area salute mentale di cui alle DGR n.1412/2023 n.858/2024

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Struttura Residenziale Terapeutica per la Salute Mentale. **Codice Paragrafo: SRP1.**	Persone con problematiche di salute mentale che comportano un'alta intensità terapeutica-riabilitativa compresi gli esordi psicotici nelle fasi di pre e post acuzie, le implicazioni collegate alle condizioni dei grandi obesi o del disturbo del comportamento alimentare.	Attivazione della COT e valutazione multidimensionale effettuata da CSM e relativo Programma Terapeutico Individualizzato (PTI).

Struttura Residenziale Terapeutica per la Salute Mentale – DCA. **Codice Paragrafo: SRP1D.**	Persone, maggiorenni o minorenni, con disturbi del comportamento alimentare che necessitano di un trattamento integrato tra le varie discipline con interventi di tipo medico, farmacologico, nutrizionale, psicologico e familiare. Nello specifico le situazioni che richiedono un intervento riabilitativo sono: - mancata risposta al trattamento ambulatoriale o diurno; - rischio fisico o psichiatrico che rende inappropriato il trattamento ambulatoriale o diurno; - presenza di difficoltà psicosociali che rendono inappropriato il trattamento ambulatoriale o diurno.	Attivazione della COT. Da CSM di riferimento con valutazione multidimensionale e relativo Programma Terapeutico Individualizzato (PTI). Il trattamento deve essere integrato con la rete assistenziale territoriale; l'invio e la dimissione dalla struttura devono pertanto essere concordati dall'intera équipe che si occupa della persona assistita.
Struttura Residenziale per la Salute Mentale – Infanzia e Adolescenza. **Codice Paragrafo: SRTIA.**	Utenza differenziata sulla base delle condizioni psicopatologiche, dei livelli di autonomia e del contesto ambientale e familiare. I livelli di Intensità, alta, media e bassa sono misurati sulla base di una valutazione multidimensionale effettuata con strumenti condivisi a livello regionale.	Attivazione della COT. Minori inviati da UMEE/ NPI di riferimento con strumenti di valutazione multidimensionale condivisi a livello regionale e relativo Programma Terapeutico Individualizzato (PTI).
Struttura Riabilitativa Residenziale per la Salute Mentale. **Codice Paragrafo: SRP2.**	Persone con problematiche di salute mentale stabilizzate con compromissione del funzionamento personale e sociale di gravità moderata, che richiedono interventi a media intensità riabilitativa.	Attivazione della COT Da CSM di riferimento con valutazione multidimensionale e relativo Programma Terapeutico Individualizzato (PTI) anche per persone sottoposte a misure giudiziarie o interdetti/ inabilitati.
Comunità Protetta per la Salute Mentale. **Codice Paragrafo: SRP3.**	Utenti i cui PTI hanno rilevato una condizione di disagio psichico e potenzialità evolutive insufficienti per un programma riabilitativo. Situazione socio-familiare in progressivo deterioramento che ne rende inutilizzabili le risorse, stato di malattia psichiatrica prevalente perdurante e stabilizzata, ma tale da richiedere un trattamento continuo. Situazioni che comunque rendano impossibile la	Attivazione della COT Da Centro Salute Mentale (CSM) di riferimento con valutazione multidimensionale e relativo Programma Terapeutico Individualizzato (PTI) anche per persone sottoposte a misure giudiziarie o interdetti/ inabilitati.

	gestione al proprio domicilio anche con sostegno da parte del Dipartimento Salute Mentale (DSM).	
Gruppo Appartamento per la Salute Mentale. **Codice Paragrafo: SRP4.**	Utenti autosufficienti e minimo bisogno assistenziale, ma con situazione socio-familiare in progressivo deterioramento che ne rende inutilizzabili le risorse, stato di malattia psichiatrica prevalente perdurante e stabilizzata, ma tale da richiedere un trattamento continuo. Situazioni che comunque rendano impossibile la gestione al proprio domicilio anche con sostegno da parte del DSM. L'utente può afferire anche ad un servizio diurno (SSRP), ma solo se stabilito dal PTI.	Attivazione della COT. Da CSM di riferimento con valutazione multidimensionale e relativo Programma Terapeutico Individualizzato (PTI).
Struttura Semiresidenziale per la Salute Mentale. **Codice Paragrafo: SSRP.**	Persone con problematiche di salute mentale che comportano una intensità terapeutica-riabilitativa compatibile con il PTI e in presenza di risorse familiari e/o sociali.	Attivazione della COT. Da CSM di riferimento con valutazione multidimensionale e relativo Programma Terapeutico Individualizzato (PTI).
Struttura Semiresidenziale per la Salute Mentale DCA. **Codice Paragrafo: SSRPD.**	Persone, maggiorenni o minorenni, con disturbi del comportamento alimentare che necessitano di un trattamento integrato tra le varie discipline con interventi di tipo medico, farmacologico, nutrizionale, psicologico e familiare. Nello specifico le persone con problematiche che comportano una medio-bassa intensità terapeutica-riabilitativa. Con risorse familiari e sociali e che non hanno avuto risposta al trattamento ambulatoriale.	Attivazione della COT. Da CSM di riferimento con valutazione multidimensionale e relativo Programma Terapeutico Individualizzato (PTI). Il trattamento all'interno di una struttura residenziale deve essere integrato con la rete assistenziale territoriale; l'invio e la dimissione dalla struttura quindi devono essere concordati dall'intera équipe che si occupa della persona assistita.
Struttura Semiresidenziale per la Salute Mentale – Infanzia e Adolescenza. **Codice Paragrafo: SSRTIA**	Minori con problematiche di salute mentale che comportano una medio-bassa intensità terapeutica-riabilitativa. Con dei livelli di autonomia e del contesto ambientale e familiare sufficienti sulla base di una valutazione multidimensionale effettuata con strumenti condivisi a livello regionale.	Attivazione della COT. Minori inviati da NPI di riferimento con strumenti di valutazione multidimensionale condivisi a livello regionale e relativo Programma Terapeutico Individualizzato (PTI).

4.4 Area dipendenze patologiche di cui alle DGR n.1412/2023 n.858/2024

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Struttura terapeutica specialistica per dipendenze patologiche. **Codice Paragrafo: STD1.**	Persone con dipendenza patologica che, per la presenza concomitante di disturbi psichiatrici, o dello stato di gravidanza o di gravi patologie fisiche o psichiche necessitano di assistenza residenziale.	Attivazione della COT. Attraverso i Servizi Territoriali del SSR/N o tramite provvedimenti giudiziari.
Struttura Terapeutico Riabilitativa per Dipendenze Patologiche. **Codice Paragrafo: STD2.**	Persone con dipendenza patologica, che non assumono sostanze d'abuso, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, secondo procedura omogenea definita a livello Regionale. La presenza del personale è garantita sulle 24 ore.	Attivazione della COT. Attraverso i Servizi Territoriali del SSR/N o tramite provvedimenti giudiziari.
Struttura Pedagogico Riabilitativa per Dipendenze Patologiche. **Codice Paragrafo: STD3.**	Persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi. La presenza del personale è garantita sulle 24 ore, la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.	Attivazione della COT. Attraverso i Servizi Territoriali del SSR/N o tramite provvedimenti giudiziari.
Gruppo appartamento per le dipendenze patologiche. **Codice Paragrafo: STD4.**	Persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi.	Attivazione della COT. Servizi territoriali delle dipendenze o tramite provvedimenti giudiziari.
Centro Diurno Terapeutico per le Dipendenze Patologiche. **Codice Paragrafo: CDT1.**	Persone con dipendenza patologica, anche in trattamento farmacologico sostitutivo secondo protocollo definito a livello regionale.	Attivazione della COT. Attraverso i Servizi Territoriali del SSR o tramite provvedimenti giudiziari.

Centro Diurno Riabilitativo per le dipendenze patologiche. **Codice Paragrafo: CDT2.**	Persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi.	Attivazione della COT. Attraverso i Servizi Territoriali del SSR/N o tramite provvedimenti giudiziari.

4.5 Area minori di cui alle DGR n.1412/2023 n.858/2024

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Comunità Socio-Psico-Educativa Integrata per Minorenni. **Codice Paragrafo: CPEM.**	Minorenni di età compresa tra i 10 e 17 anni, con difficoltà tali da non poter essere superate con i soli interventi ambulatoriali o domiciliari; la collocazione residenziale permette azioni di supporto educative e psicologiche, dotate di particolare intensità, in continuità ed integrate con quelle svolte dai servizi territoriali degli Enti locali e sanitari. La Comunità si caratterizza per l'integrazione di competenze socio-educative e sanitarie degli operatori; si colloca nell'Area Socio-sanitaria e nel Livello assistenziale Protezione.	Attivazione della COT. Invio di Servizi pubblici, previa valutazione multidimensionale per disturbi in ambito neuropsichiatrico e/o del neuro sviluppo rilasciata dal S.S.N. o eventuale decreto del Tribunale per i Minorenni.
Hospice Pediatrico. **Codice Paragrafo: HOSPP.**	Sono individuate quattro diverse condizioni cliniche per la presa in carico in Hospice pediatrico (delle persone in età pediatrica): 1. condizioni a rischio di vita per le quali i trattamenti curativi possono essere possibili ma potrebbero fallire. Le cure palliative possono essere necessarie durante i periodi di prognosi incerta e quando i trattamenti falliscono (per esempio neoplasie, insufficienza d'organo irreversibile), oppure nelle condizioni in cui potrebbe non essere più necessaria la presa in carico da parte del servizio di cure palliative. 2. Condizioni in cui possono persistere lunghi periodi di trattamento intensivo	Attivazione della COT. L'indicazione di accesso all'hospice pediatrico viene data dal medico specialista, o dal pediatra di libera scelta che ha in cura il bambino mediante attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI) per la presa in carico del bambino nell'ambito dei percorsi operativi integrati delle cure palliative e di terapia del dolore dedicate.

	mirato a prolungare la sopravvivenza e permettere la partecipazione nelle attività infantili, ma la morte prematura è ancora possibile (per esempio fibrosi cistica). 3. Bambini con malattie degenerative neurologiche e metaboliche, patologie cromosomiche e geniche, in cui l'approccio sin dalla diagnosi è esclusivamente palliativo (per esempio trisomia 13, 18, atrofia muscolare spinale etc.). 4. Bambini con gravi patologie irreversibili ma non progressive, che causano disabilità severa, e morte prematura (per esempio paralisi cerebrale severa, disabilità per sequele di danni cerebrali e/o midollari). Tutte le condizioni cliniche rientranti nelle categorie sopra descritte possono essere caratterizzate da diversi livelli di complessità nella gestione assistenziale e di disabilità che non necessariamente riflettono la gravità della patologia.	
Comunità Semiresidenziale Socio-Psico-Educativa Integrata per minorenni. **Codice Paragrafo: SPEM.**	Minorenni di età compresa tra i 6 e 17 anni, con difficoltà tali da non poter essere superate con i soli interventi ambulatoriali o domiciliari; la collocazione semiresidenziale permette azioni di supporto educative e psicologiche, dotate di particolare intensità, continuità e integrate con quelle svolte dai servizi territoriali, quando è possibile evitare l'allontanamento dalla famiglia. La Comunità semiresidenziale si caratterizza per l'integrazione di competenze socio-educative e sanitarie degli operatori; si colloca nell'Area Socio-sanitaria e nel Livello assistenziale Protezione.	Attivazione della COT. Invio di Servizi pubblici, previa valutazione multidimensionale per disturbi in ambito neuropsichiatrico e/o del neuro sviluppo rilasciata dal S.S.N..

4.6 Area anziani/soggetti fragili di cui alle DGR n.1412/2023 n.858/2024

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Cure Intermedie. **Codice Paragrafo: R1.**	Assistiti in dimissione da reparti ospedalieri per acuti, per i quali è necessario: -consolidare le condizioni psicofisiche -continuare il processo di recupero funzionale - accompagnare le persone con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post ricovero - monitoraggio clinico quotidiano - persone provenienti dal territorio per le quali il MMG richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera. Esclusi assistiti minori di 14 anni.	Attivazione della COT. Secondo valutazione dell'UVI.
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con Demenze. **Codice Paragrafo: R2D.**	Persone non autosufficienti con demenza che, pur non presentando particolare criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore.	Attivazione della COT. Secondo valutazione/assenso del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del Distretto di appartenenza dell'ospite.
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non Autosufficienti. **Codice Paragrafo: R2.**	Persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolare criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore.	Attivazione della COT. Secondo valutazione della UVI.

Residenza Protetta per persona con Demenza. **Codice Paragrafo: R3D.**	Persone con deficit cognitivi ma con basso livello di disturbo comportamentale, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.	Attivazione della COT. Secondo valutazione del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del Distretto di appartenenza dell'ospite.
Residenza Protetta per Anziani non Autosufficienti. **Codice Paragrafo: R3.**	Persone non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.	Attivazione della COT. Secondo valutazione della UVI.
Centro Diurno per Persone con Demenza. **Codice Paragrafo: SRD.**	Persone con deficit cognitivi ma con basso livello di disturbo comportamentale.	Attivazione della COT. Secondo valutazione del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) di riferimento.
Centro Diurno per persone Anziane non Autosufficienti. Codice Paragrafo: SR.	Persone non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste.	Attivazione della COT. Secondo valutazione della UVI.

4.7 Area adulti di cui alle DGR n.1412/2023 n.858/2024

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Hospice. **Codice Paragrafo: HOSP.**	Persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, a prognosi infausta. L'Hospice si colloca nell'Area Sanitaria Extraospedaliera e nel Livello assistenziale Intensivo.	Attivazione della COT. Secondo valutazione della UVI di competenza.
Residenza Collettiva per Malati di AIDS. **Codice Paragrafo: RC.**	Adulti affetti da HIV/AIDS conclamata o affetti da patologie infettivologiche a trasmissione ematica o sessuale, che presentino rilevanti limitazioni all'autosufficienza o che siano privi di un nucleo familiare idoneo o condizioni che ne impediscono l'autonomia presso un proprio domicilio.	Attivazione della COT. Secondo valutazione della UVI di competenza e dell'Unità Funzionale HIV laddove presente.

Casa Alloggio per persone malate di AIDS. **Codice Paragrafo: CAHIV.**	Persone che abbiano: HIV/Aids conclamato o affetti da patologie infettive a trasmissione ematica o sessuale con: • una buona motivazione a non essere istituzionalizzati; • una autosufficienza fisica e psichica che permetta di avere una buona cura e igiene di sé e dell'alloggio; • una stabilizzazione del quadro sanitario ed una buona compliance alle cure; • una sufficiente capacità di gestire il denaro; • una discreta capacità di gestione delle relazioni sociali.	Attivazione della COT. Secondo valutazione della UVI di competenza e dell'Unità Funzionale HIV laddove presente.
Centro diurno per persone malate di AIDS. **Codice Paragrafo: SRC.**	Persone che abbiano HIV/Aids conclamato o affetti da patologie infettive a trasmissione ematica o sessuale con: • una discreta, sufficiente risorsa familiare o una autosufficienza fisica e psichica che permetta di avere una buona cura e igiene di sé; • una stabilizzazione del quadro sanitario ed una buona compliance alle cure; • una discreta capacità di gestione delle relazioni sociali.	Attivazione della COT. Secondo valutazione della UVI di competenza e dell'Unità Funzionale HIV laddove presente.

5. VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER PAZIENTI ADULTI CON BISOGNO RIABILITATIVO

In termini di opportunità il percorso di valutazione multidimensionale si propone di:

- attuare un processo diagnostico interdisciplinare che analizza i bisogni fisici, psichici, funzionali e sociali di persone fragili o non autosufficienti, finalizzato a un progetto riabilitativo personalizzato;

- garantire un percorso riabilitativo unico nell'ambito della continuità Ospedale – Territorio;

- integrare la valutazione clinica con scale validate per migliorare la qualità di vita e l'autonomia, creando i presupposti per valutazioni oggettive, ripetibili e quantificabili;

- definire un piano di cura globale, prevenire l'istituzionalizzazione e migliorare la riattivazione;

- indagare su vari domini: salute fisica, stato cognitivo, autonomia funzionale, condizioni psico-affettive, fattori socio-ambientali;

- coinvolgere tutti i membri del team riabilitativo (Specialista in medicina fisica e riabilitazione, Fisioterapisti, Logopedisti, Terapisti Occupazionali, Infermieri, Assistenti Sociali, Educatori) per la valutazione di ogni singolo aspetto della fragilità e disabilità finalizzandolo ad una presa in carico globale;

- validare un processo affidabile per la definizione del setting più appropriato alla dimissione;

- ridurre i tempi di attesa per il ricovero post acuzie, ridurre le liste di attesa del sistema "acute care", ridurre il danno economico derivante da ricoveri inappropriati;

- definire una griglia di valutazione univoca per i medici della Riabilitazione;

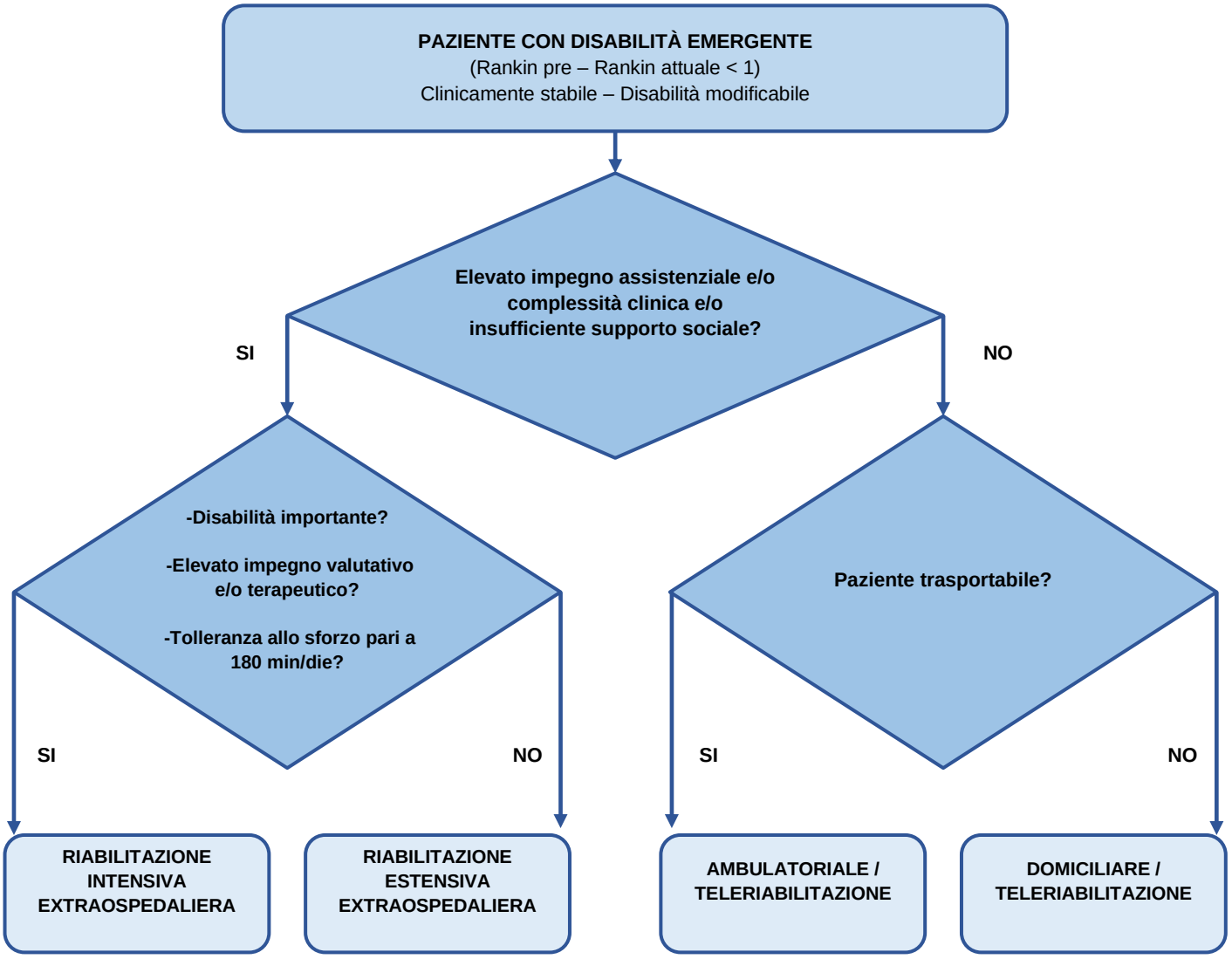
- considerare l'apporto di tutte le figure professionali della riabilitazione al fine del setting appropriato.

Tabella 1

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER PAZIENTI ADULTI CON BISOGNO RIABILITATIVO EXTRAOSPEDALIERO	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER PAZIENTE IN ETA' EVOLUTIVA CON BISOGNO RIABILITATIVO EXTRAOSPEDALIERO
Consulenza fisiatrica ✓ motivo del ricovero ✓ diagnosi funzionale ✓ comorbidità che possono influenzare il recupero ✓ condizione sociale e presenza di un caregiver ✓ barriere a domicilio ✓ disabilità pregressa ✓ disabilità attuale ✓ valutazione clinico-funzionale ✓ obiettivi riabilitativi ✓ indicazione ausili riabilitativi ✓ setting riabilitativo consigliato alla dimissione: o riabilitazione intensiva o riabilitazione estensiva o riabilitazione domiciliare/teleriabilitazione o riabilitazione ambulatoriale/teleriabilitazione	**Consulenza fisiatrica** ✓ motivo del ricovero ✓ diagnosi funzionale ✓ comorbidità che possono influenzare il recupero ✓ condizione sociale o composizione del nucleo familiare e della rete di supporto alla famiglia o presenza di caregiver ed eventuale disponibilità all'assistenza h24 in caso di ricovero ✓ barriere a domicilio ✓ livello di autonomia pre-morboso o tappe dello sviluppo psicomotorio raggiunte o grado di istruzione frequentato ed eventuale necessità di supporto scolastico ✓ disabilità attuale ✓ valutazione clinico-funzionale ✓ obiettivi riabilitativi ✓ setting riabilitativo consigliato alla dimissione: - riabilitazione intensiva - riabilitazione estensiva - riabilitazione domiciliare - riabilitazione ambulatoriale

FIGURA 2

Percorso riabilitativo unico nell'ambito della continuità ospedale-territorio



Riferimenti normativi: DPCM 12/1/2017 (LEA) • DGR 56 del 31/1/2022 • DGR 1412/2023

La scelta del setting tiene conto dello specifico Piano Locale Assistenza Riabilitativa (PLR)

Legenda della flow chart: PLR Piano Locale dell'Assistenza Riabilitativa, Rankin pre - Rankin attuale indica il differenziale fra la scala di Rankin pre-morbosa e quella al momento della valutazione.

La flow chart riassume il processo di valutazione multidimensionale finalizzato alla transizione dei pazienti. Cardine della flow chart è la valutazione del Medico specialista in medicina fisica e riabilitazione e dell'intera Equipe Riabilitativa, che applicando i criteri di valutazione definiscono il setting riabilitativo più appropriato per le esigenze del paziente, favorendone la corretta transizione e una presa in carico virtuosa.

L'esito della valutazione riabilitativa si integra, pertanto, al sistema di comunicazione e di integrazione tra i diversi servizi e gli operatori delle strutture ospedaliere, territoriali e degli Enti locali, con il coinvolgimento diretto del MMG/PLS al fine di garantire appropriatezza e continuità di cura, a beneficio di famiglie e assistiti.

6. MODULO DI INFORMAZIONE SULL'ATTIVAZIONE DEL PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA

Il sottoscritto _____

In qualità di *(barrare una sola voce)*

☐ **Persona assistita**

☐ **Familiare della persona assistita**

(allegare fotocopia del documento di riconoscimento)

☐ **Legale rappresentante**

(allegare fotocopia del documento di riconoscimento)

Degente presso la Unità Operativa _____

DICHIARA

di essere stato informato sull'attivazione del percorso di Dimissione Protetta.

Firma Persona Assistita _____

Firma Familiare della Persona Assistita_____

Il Medico Di U.O. _____