

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla *PF Territorio ed Integrazione Ospedale Territorio* 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 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente DELLA PF Territorio ed Integrazione Ospedale Territorio [*e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione*];

VISTA la proposta del *Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria*

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell'allegato "Verbale di seduta"

DELIBERA

1. di adottare le Linee di indirizzo regionali per la dimissione protetta, contenute nell'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di dare mandato agli Enti del Servizio Sanitario Regionale di recepire con proprio atto quanto previsto nell'allegato di cui al punto 1

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

- *Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap (ICDH, 1980)*
- *Legge 5 febbraio 1992, n. 104, "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate."*
- *Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421".*
- *Legge Regionale del 4 giugno 1996, n. 18, "Promozione e coordinamento delle politiche di intervento in favore delle persone in condizione di disabilità".*
- *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), 2001.*
- *Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, "Piano sanitario nazionale 2006-2008".*
- *Ministero della Salute, Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, 2007. "Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali".*
- *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati. Decima Revisione (ICD-10, 2009)*
- *Legge 15 marzo 2010, n. 38, "Disposizioni per garantire l'accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore".*
- *Deliberazione della Giunta della Regione Marche n. 1335 del 10 ottobre 2011, "Progetto "UP-TECCH" Sperimentazione di un sistema integrato di servizi nell'ambito della continuità assistenziale: il supporto delle nuove tecnologie nella dimissione protetta del paziente anziano con Alzheimer" – Approvazione piano esecutivo e piano economico rimodulato".*
- *Piano Sociosanitario Regionale 2012-2014, Deliberazione n. 38 del Consiglio della Regione Marche del 16 dicembre 2011, "Sostenibilità, Appropriatelyzza, Innovazione e Sviluppo".*
- *Deliberazione della Giunta della Regione Marche n. 1574 del 12 novembre 2012, "Recepimento del Piano di indirizzo della riabilitazione 2011".*
- *Intesa della Conferenza Stato Regioni del 10 luglio 2014, "Patto della salute per gli anni 2014 – 2016".*
- *Deliberazione della Giunta della Regione Marche n. 791 del 30 giugno 2014, "Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari".*
- *Organizzazione Mondiale della Salute, 2015. "World report on ageing and health".*
- *Deliberazione della Giunta della Regione Marche n. 107 del 23 febbraio 2015, "Recepimento Accordo Stato Regioni del 30 ottobre 2014 sul Piano Nazionale Demenze – Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze (rep. Atti n.135/CU) – Linee di indirizzo regionali".*
- *Deliberazione della Giunta della Regione Marche n. 110 del 23 febbraio 2015,*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- “Piano Regionale Socio Sanitario 2012-2014 – Istituzione e modalità operative dell’unità operativa funzionale sociale e sanitaria (U.O. Ses)”.*
- *Deliberazione della Giunta della Regione Marche n. 111 del 23 febbraio 2015, “Piano Regionale Socio-Sanitario 2012-2014. Governo della domanda Socio-Sanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell’assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali”.*
 - *Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70: “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”*
 - *Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, “Piano Nazionale della Cronicità”.*
 - *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”.*
 - *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”.*
 - *Deliberazione della Giunta della Regione Marche n. 1414 del 27 novembre 2017. “Legge 11 dicembre 2016 n. 232, Programma di miglioramento e riqualificazione ai sensi dell’art. I, comma 385 e ss.”.*
 - *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 dell’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”.*
 - *“Decreto del Dirigente PF Territorio e Integrazione Ospedale Territorio N. 3/AST del 22/02/2019 - “Costituzione gruppo di lavoro regionale - Linee di indirizzo per la Dimissione Protetta”.*
 - *Guida Operativa Dimissioni Protette, “Modulo Informatizzato SIRTE, ASUR Marche del 27 maggio 2019”.*
 - *Piano Sociosanitario Regionale 2020-2022, Deliberazione n. 107 del Consiglio della Regione Marche del 4 febbraio 2020, “Il Cittadino, l’Integrazione, l’Accessibilità e la Sostenibilità”.*
 - *DGR 937 20 luglio 2020, “Manuale autorizzazione strutture sanitarie extraospedaliere intensive ed estensive, strutture socio – sanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: requisiti generale e requisiti specifici delle strutture per disabilità, salute mentale, dipendenze patologiche, minorenni)”*
 - *DGR 938 20 luglio 2020, “Manuale autorizzazione strutture sanitarie extraospedaliere intensive ed estensive, strutture socio – sanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: requisiti generale e requisiti specifici delle strutture per Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice – Malati HIV)”*

Motivazione ed esito dell’istruttoria



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'invecchiamento della popolazione registrato negli ultimi decenni rappresenta un fenomeno demografico che interessa l'intera popolazione e in particolare i paesi industrializzati. In Italia si prevede che nei prossimi quarant'anni la popolazione ultrasessantacinquenne rappresenterà un quarto della popolazione residente. Ciò comporterà un aumento significativo di persone anziane, affette da patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure, tutti elementi che incidono fortemente sulle condizioni di disabilità e fragilità della persona.

In questo quadro di profondi mutamenti epidemiologici e, conseguentemente, dell'organizzazione del sistema sanitario, si rendono sempre più necessari uno stretto collegamento e una solida integrazione tra i diversi servizi sanitari e sociosanitari che vanno a costituire la rete assistenziale nel suo complesso.

In particolare, a seguito del cambiamento del ruolo dell'ospedale per acuti, che si è trasformato in un asset assistenziale caratterizzato da elevato turn over di pazienti e da periodi di degenza breve durante i quali vengono compiuti atti di cura mirati e specifici, il paziente alla dimissione potrebbe trovarsi in una condizione che richieda un "continuum" di somministrazione di cure mediche, assistenziali e riabilitative. Pertanto il momento della dimissione rappresenta una criticità, in particolare per quei pazienti "fragili" per i quali la continuità assistenziale risulta fondamentale, alla quale il sistema sociosanitario deve provvedere offrendo risposte appropriate.

Infatti una dimissione dall'ospedale per acuti verso setting assistenziali territoriali priva della "continuità dell'assistenza" può portare al reiterarsi di inappropriati accessi al pronto soccorso e a successivi ricoveri anche a distanza di brevi periodi, per quei pazienti che avrebbero necessità di un setting assistenziale extra ospedaliero.

Significativi atti nazionali e regionali hanno evidenziato l'importanza della continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio e della dimissione protetta quale meccanismo organizzativo per garantirne l'efficacia e l'appropriatezza della scelta del setting territoriale:

Il D.M. n. 70/2015 «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera» afferma infatti che «...continuità Ospedale-Territorio in una logica di continuità delle cure e di utilizzo appropriato dell'ospedale la riorganizzazione della rete ospedaliera sarà insufficiente senza potenziamento delle strutture territoriali...»

Il Piano Nazionale della Cronicità 2016 ribadisce che «...per quanto riguarda i flussi in uscita dall'ospedale per acuti assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza...».

Lo stesso Piano dichiara inoltre che "...l'ospedale va concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multi specialistiche dedicate e 'dimissioni assistite' nel territorio finalizzate a ridurre il drop-out della rete assistenziale, causa frequente di ri-ospedalizzazione a breve termine e di outcome negativi nei pazienti con cronicità...".

Inoltre il piano sociosanitario regionale 2020-2022 pone come obiettivo prioritario il sostegno e il potenziamento della risposta al bisogno di salute delle persone con fragilità, temporanee o permanenti, congenite o acquisite, attraverso il rafforzamento dell'assistenza territoriale e



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

sociosanitaria. In particolare nell'Area di intervento "Assistenza territoriale ed integrazione socio sanitaria" alla Scheda n. 13, "presa in carico post-dimissione" – viene posto l'obiettivo specifico di Unificazione delle procedure di presa in carico post-dimissione da Unità Operative per Acuti, Degenza Post-acuzie e Riabilitazione Intensiva Ospedaliera di pazienti fragili dal punto di vista sanitario e/o socio-sanitario.

Attualmente nella Regione Marche le strutture sanitarie adottano modalità di dimissione protetta eterogenee. Per tale ragione è stato costituito un gruppo di lavoro, composto da professionisti coinvolti nel processo della dimissione protetta, indicati dagli Enti del Servizio Sanitario Regionale, con l'obiettivo di uniformare le procedure esistenti attraverso la stesura di linee di indirizzo regionali e l'implementazione del sistema informatico SIRTE nelle specifiche funzioni.

Il lavoro del gruppo è esitato nella elaborazione dei documenti allegati alla presente delibera.

Inoltre il documento è stato validato dalle Direzioni degli Enti.

Tali documenti definiscono un percorso condiviso, delineato e strutturato in differenti fasi temporali, per la presa in carico del paziente fragile in dimissione, tenendo conto che la domiciliarità delle cure rappresenta l'approdo privilegiato per un paziente fragile e che, qualora la domiciliarità delle cure non sia perseguibile a causa di bisogni assistenziali specifici o di altri fattori (legati a condizioni socio abitative, nucleo familiare ecc.) è possibile attivare, in alternativa, la dimissione protetta presso strutture residenziali sanitarie o sociosanitarie.

Più in dettaglio, gli obiettivi perseguiti dal percorso previsto nell'allegato alla presente delibera, sono i seguenti:

- facilitare la continuità dell'assistenza ospedale territorio
- ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata e/o il ricorso improprio al Pronto Soccorso, a seguito di una dimissione non appropriata o di un trasferimento non coordinati in particolare per i pazienti fragili
- favorire una veloce attivazione delle procedure di valutazione attraverso una comunicazione fluida e coordinata tra ospedale per acuti e setting assistenziali territoriali)
- uniformare il processo di dimissione protetta in tutto il territorio regionale.

Va precisato che l'accesso alla rete integrata dei servizi sociosanitari deve avvenire attraverso un "punto unico" che, tramite una valutazione multidimensionale, indirizza al percorso sociosanitario e socioassistenziale più appropriato per le condizioni e le necessità del paziente.

A tale riguardo il PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - Missione 6: Salute), al fine di migliorare l'interfaccia tra i vari setting assistenziali, introduce un nuovo servizio che dovrà essere attivato in ogni distretto, denominato Centrale Operativa Territoriale (COT). La COT è un modello organizzativo che svolge funzioni di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nel processo di presa in carico nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, attività ospedaliere, rete dell'emergenza-urgenza. L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, attraverso un servizio rivolto prevalentemente ad operatori sanitari e socio-sanitari.

La COT dovrà assolvere a funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nel processo di presa in carico, nei diversi setting assistenziali (transizione tra i



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere),
- ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, (ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare).

La COT, la cui organizzazione e le cui modalità di funzionamento saranno definite in un successivo atto regionale, impatterà in modo sostanziale sulla gestione dell'intero processo di dimissione protetta.

Il manuale operativo relativo al nuovo percorso è già disponibile in piattaforma SIRTE.

Esito dell'istruttoria

Per tutto quanto sopra richiamato si propone alla Giunta l'adozione della presente deliberazione

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 64/2014.

Il responsabile del procedimento
Sonia Tonucci

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DELLA *PF Territorio ed Integrazione Ospedale Territorio*

Il sottoscritto considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione Marche.

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 64/2014.

Il dirigente
Claudio Martini

Documento informatico firmato digitalmente

PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione, attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione Marche.

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 64/2014.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Per il Direttore
Paolo Aletti

Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

ALLEGATO A - LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA DIMISSIONE PROTETTA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A

LINEE DI INDIRIZZO PER LA DIMISSIONE PROTETTA

1. Percorso per la dimissione protetta
2. Scale di valutazione obbligatorie
3. Setting di cure residenziali
4. Definizioni e abbreviazioni
5. Informazioni per il cittadino sui servizi sanitari residenziali e domiciliari
6. Aspetti socio-assistenziali
7. Gruppo di lavoro

1. PERCORSO PER LA DIMISSIONE PROTETTA
Premessa

La dimissione protetta è un 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 dei MMG al fine di garantire appropriatezza e continuità di cura, a beneficio della famiglia e dell'assistito.

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

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

FASE 1 - IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE	
Persone target	Pazienti fragili provenienti da un'Unità Operativa (UO) per acuti, post-acuti verso l'assistenza territoriale.
Rilevazione bisogno	Equipe ospedaliera (medico di reparto, infermiere, assistente sociale e case manager). <u>Il medico che attiva la DP può richiedere la consulenza fisiatrice.</u>

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	<u>Il fisiatra che effettua la consulenza attiva il quadro riabilitativo, fornendo indicazioni sulla tipologia di interventi e setting riabilitativi.</u>
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	Almeno 48/72 ore lavorative prima della data prevista della dimissione, l'operatore incaricato e l'assistente sociale ¹ – scheda <i>aspetti socioassistenziali</i> - utilizzando lo strumento informatico SIRTE per l'attivazione del percorso DP proponendo uno dei due setting assistenziali: - 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,

¹ Nel caso in cui la struttura ospedaliera non disponga della figura di assistente sociale ospedaliera, si avvarrà della figura distrettuale.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

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	Il Medico e il Coordinatore Infermieristico della UO della struttura ospedaliera, in previsione della DP, assicurano: 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.). che al paziente vengano garantite e programmate e le consulenze necessarie per il proseguo delle cure post dimissione (consulenza fisiologica, nutrizionale, neurologica, ecc). il piano di eventuali controlli ambulatoriali, medicazioni o Day Hospital con relativi appuntamenti. i piani terapeutici necessari (farmaci, ossigeno liquido, ecc.) che al paziente vengano forniti farmaci per il primo ciclo di terapia 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)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	la prescrizione dei presidi e /o ausili necessari (in base alla tipologia) l'avvio delle attività di formazione e addestramento del caregiver.
Presa in carico territoriale Setting distrettuale	<u>STRUTTURE RESIDENZIALI</u>: la segreteria organizzativa distrettuale o il PUA comunicano la disponibilità del posto letto alla struttura ospedaliera pianificando le seguenti azioni: 1 coordina le modalità operative della presa in carico 2 trasmette tramite SIRTE la documentazione alle figure di riferimento della struttura individuata (infermiere/Coordinatore o case manager interno alla struttura stessa) 3 coordina insieme al referente ospedaliero per le DPI trasferimento del paziente dalla U.O. alla struttura residenziale nei tempi e modi definiti <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: 1 coordina le modalità operative della presa in carico 2 trasferisce le informazioni al care manager 3 coordina insieme al referente ospedaliero per le DP il trasferimento del paziente dalla U.O. al domicilio, nei tempi e modi definiti

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

2. SCALE DI VALUTAZIONE OBBLIGATORIE

Le scale di valutazione obbligatorie previste nel percorso di dimissioni protette sono le seguenti:

- **scala Brass**
- **scala IDA**
- **scala MEWS**
- **sistema Tri-Co**

Le scale selezionate intendono fornire agli operatori sanitari sia a livello ospedaliero che territoriale, degli strumenti validati che permettano da un lato di individuare precocemente le persone target del percorso di DP (Scala Brass), e dall'altro di valutare la stabilità clinica e la complessità assistenziale (Scala IDA, MEWS) determinando quindi il livello di intensità di cura (sistema TriCo). Ciò permette di identificare il setting di continuità dell'assistenza più appropriato ai bisogni della persona.

Tali strumenti non intendono sostituire le scale già in uso nei diversi contesti (UO, strutture extraospedaliere), ma devono essere compilate obbligatoriamente per i pazienti inseriti in un percorso di DP.

Scala di Brass (Blaylock Risk Assessment Screening Score)

La scala di BRASS è uno strumento utilizzato per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile. I dati vengono raccolti compilando la scala, intervistando i parenti o chi assiste la persona. L'indice di BRASS indaga 10 dimensioni (di cui si è detto sopra): – età – situazione di vita – supporto sociale – stato funzionale – stato cognitivo – modello comportamentale – deficit sensoriali – ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso – problemi clinici attivi – numero di farmaci assunti.

ETÀ (una sola opzione)	Punteggio
55 anni o meno	0
56-64 anni	1
65-79 anni	2
80 anni e più	3
CONDIZIONI DI VITA E SUPPORTO SOCIALE (una sola opzione)	Punteggio

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Vive col coniuge		0
Vive con la famiglia		1
Vive da solo con il sostegno della famiglia		2
Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti		3
Vive solo senza alcun sostegno		4
Assistenza domiciliare/residenziale		5
STATO FUNZIONALE (ogni opzione valutata)		Punteggio
Autonomo (indipendente in ADL e IADL)		0
Dipendente in	Alimentazione/nutrizione	1
	Igiene/abbigliamento	1
	Andare in bagno	1
	Spostamenti/mobilità	1
	Incontinenza intestinale	1
	Incontinenza urinaria	1
	Preparazione del cibo	1
	Responsabilità nell'uso di medicinali	1
	Capacità di gestire il denaro	1
	Fare acquisti	1
	Utilizzo di mezzi di trasporto	1
STATO COGNITIVO (una sola opzione)		Punteggio
Orientato		0
Disorientato in alcune sfere* qualche volta		1
Disorientato in alcune sfere* sempre		2
Disorientato in tutte le sfere* qualche volta		3
Disorientato in tutte le sfere* sempre		4
Comatoso		5

* Sfere: spazio, tempo, luogo e sè

MODELLO COMPORTAMENTALE (ogni opzione valutata)		Punteggio
Appropriato		1
Wandering		1
Agitato		1
Confuso		1
Altro		1
MOBILITÀ (una sola opzione)		Punteggio
Deambula		0
Deambula con aiuto di ausili		1

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Deambula con assistenza	2
Non deambula	3
DEFICIT SENSORIALI (una sola opzione)	Punteggio
Nessuno	0
Deficit visivi o uditivi	1
Deficit visivi e uditivi	2
NUMERO DI RICOVERI PREGRESSI/ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO (una sola opzione)	Punteggio
Nessuno negli ultimi 3 mesi	0
Uno negli ultimi 3 mesi	1
Due negli ultimi 3 mesi	2
Più di due negli ultimi 3 mesi	3
NUMERO DI PROBLEMI CLINICI ATTIVI (una sola opzione)	Punteggio
Tre problemi clinici	0
Da tre a cinque problemi clinici	1
Più di cinque problemi clinici	2
NUMERO DI FARMACI ASSUNTI (una sola opzione)	Punteggio
Meno di tre farmaci	0
Da tre a cinque farmaci	1
Più di cinque farmaci	2

PUNTEGGIO TOTALE (somma dei punteggi) _____	
--	--

Rischio Basso (0 – 10): Soggetti a basso rischio di problemi successivi alla dimissione e quindi scarsa necessità di stendere un piano di dimissione.

Rischio Medio (11 – 20): Soggetti con problematiche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione. Solitamente non è richiesta l'istituzionalizzazione dopo la dimissione.

Rischio Alto (21 – 40): Soggetti con problematiche complesse e tali da richiedere una pianificazione della dimissione. I pazienti sono ad alto rischio di non ritornare nella propria abitazione.

L'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA)

La scala IDA determina l'impegno assistenziale su di una serie di variabili di dipendenza determinate da un punteggio in grado di valutare la complessità attraverso l'impegno del professionista in base ad un cut-off che individua i pazienti ad alta complessità assistenziale se rientrano nel punteggio da 7 a 11, a media complessità da 12 a 19, a bassa complessità se invece il punteggio è compreso tra 20 e 28.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO E URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE	
1	NPT o NET	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	Allettato
2	Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e/o dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione
3	Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
4	Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
1	Monitoraggio dei parametri vitali continuo			1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24 h	1	Stato soporoso / Coma
2	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h			2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporospaziale continuo, uso di sedativi di giorno e notte
3	Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h			3	Terapia per os, i.m., e.v. (comprese le fleboclisi)	3	Disorientamento temporospaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
4	Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti			4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte
Punteggio totale: _____							

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La scala Modified Early Warning Score (MEWS)

L'instabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione dell'Ossigeno) e permette di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o di morte.

Attraverso la valutazione congiunta di questi parametri, la scala MEWS (Modified Early Warning Score) in cui i pazienti vengono stratificati in:

BASSO/STABILE (score 0-2)

MEDIO/INSTABILE (score 3-4)

ALTO RISCHIO/CRITICO (score 5).

	3	2	1	0	1	2	3	Valore
Frequenza Respiratoria		< 9		9-14	15-20	21-29	> 30	
Frequenza Cardiaca		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	> 130	
Pressione arteriosa sistolica	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200		
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde	
Temperatura Corporea		< 35		35-38,4		> 38,5		
Comorbidità							Totale	

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Sistema Tri-Co

L'utilizzo sinergico della scala MEWS e della scala IDA va a costituire il sistema Tri-Co (Triage di corridoio) in cui la valutazione del grado di gravità e di dipendenza viene misurata grazie a due sistemi a punteggio, uno medico (MEWS – Modified Early Warning Score) ed uno infermieristico (IDA, Indice di Dipendenza Assistenziale).

Attraverso il SIRTE, il punteggio TRICO verrà calcolato in automatico sulla base dei punteggi MEWS e IDA, facilitando per l'UVI la decisione del setting assistenziale più appropriato.

	IDA 20-28	IDA 12-19	IDA 7 -11
	0	1	2
MEWS 0-2 0	Bassa	Media	Alta
MEWS 3-4 1	Media	Media	Alta
MEWS ≥ 5 2	Alta	Alta	Alta

NOTA: le seguenti scale presenti in SIRTE, possono essere utilizzate in ambito riabilitativo a fronte della tipologia della disabilità della persona:

- Rankin Scale
- Barthel Index Modificata BIM
- Trunk Control Test - TCT
- Holden - Functional Ambulation Category/Classification FAC
- Modified Motricity Index
- Scala di BORG
- Glasgow Coma Scale - GCS
- Medical Research Council - MRC
- Numerical Rating Scale NRS; Visual Analogue Scale VAS, Verbal Rating Scale VRS

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Dysphagia Outcome and Severity Scale – DOSS

- Scala Disabilità Comunicativa

3. SETTING DI CURE RESIDENZIALI

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Ospedale di Comunità	- Persone che, a seguito di un episodio di acuzie minori o per riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa complessità clinica ma con assistenza sanitaria infermieristica continuativa anche notturna - Persone che necessitano di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare)	L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri, direttamente dal pronto soccorso o dall'UVI In relazione al setting assistenziale di destinazione.
Casa della Salute tipo B	Cittadini che necessitano di servizi sanitari, socio-sanitari e sociali finalizzati a o • Garantire le cure primarie ed i servizi distrettuali • Screening e prevenzione • Accesso ai servizi sanitari, socio sanitari e sociali • o Servizi diagnostico terapeutici	L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri, direttamente dal pronto soccorso o dall'UVI In relazione al setting assistenziale di destinazione

AREA ANZIANI/SOGGETTI FRAGILI

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Cure Intermedie	Assistiti in dimissione da reparti ospedalieri per acuti, per i quali è necessario: - consolidare le condizioni psicofisiche - continuare il processo di recupero funzionale	L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri, direttamente dal pronto soccorso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	- 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	o dall'UVI In relazione al setting assistenziale di destinazione. L'accesso al setting residenziale CI è da UVI, su proposta di MMG (da domicilio o altra struttura territoriale) o di medico UO dimettente (da ospedale), o diretto da PS seguendo protocolli locali.
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone con demenze	Persone non autosufficienti con demenza che, pur non presentando particolare criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitarie con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore	Secondo valutazione/assenso del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del Distretto di appartenenza dell'ospite.
Residenza Sanitaria Assistenziale per persone non autosufficienti	Persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolare criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitarie con continuità assistenziale e presenza infermieristica nelle 24 ore.	Secondo valutazione/assenso della U.V.I. di competenza.
Residenza Protetta per persona con Demenza	Persone con deficit cognitivi ma con basso livello di disturbo comportamentale, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse	Secondo valutazione/assenso del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del Distretto di appartenenza dell'ospite.
Residenza Protetta per Anziani non autosufficienti	Persone non autosufficienti, con esiti di patologie fisiche, psiche, sensoriali o miste stabilizzate, non curabili a domicilio e che non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.	Secondo l'Unità Valutativa Integrata – UVI - del Distretto Sanitario di riferimento dell'ospite.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

AREA DISABILITA'

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Residenza Sanitaria Riabilitativa Intensiva per Disabili	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.	Diretto da reparti ospedalieri (nell'ambito della dimissione protetta), dai servizi territoriali distrettuali (nell'ambito delle Unità di Valutazione), dal MMG, Pediatra di Libera Scelta o specialista dipendente o convenzionato con il SSN, previa valutazione multidimensionale della persona con strumenti adottati a livello regionale.
Unità Speciale Residenziale	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.	URI/UGCA: diretto da reparti ospedalieri SUAP: diretto da reparti ospedalieri o da URI-UGCA, oppure dai servizi territoriali distrettuali/RSA, dal domicilio per sollievo o modificate necessità assistenziali, dal MMG, Pediatra di libera scelta o specialista dipendente o convenzionato con il SSN, previa valutazione multidimensionale della persona effettuata con strumenti adottati a livello regionale. Unità Speciale per Sordo Ciechi e Pluriminorati Psicosensoriali UDGEE/A: direttamente con impegnativa del MMG previa valutazione multidimensionale della persona effettuata con strumenti adottati a livello regionale.
Residenza Sanitaria Riabilitativa Estensiva per Disabili	Persone non autosufficienti in condizioni di evolutività clinica ad elevato bisogno clinico assistenziale, destinato a crescere in modo continuo e	SI ATTIVA UVI L'accesso è diretto da reparti ospedalieri (nell'ambito della dimissione protetta), dai servizi territoriali distrettuali (nell'ambito delle Unità di Valutazione), dal

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	sostenuto per la durata della presa in carico	MMG, Pediatra di libera scelta o specialista dipendente o convenzionato con il SSN, previa valutazione multidimensionale della persona da effettuarsi con strumenti adottati a livello regionale.
Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale per Disabili	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 regio-nale, tali da richiedere un elevato grado di assistenza con interventi di tipo educativo, assistenziale e riabilitati-vo con elevato livello di integrazione socio-sanitaria.	SI ATTIVA UMEA UVI 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).

AREA ADULTI

Denominazione	Utenza	Modalità di accesso
Hospice	Si rivolge alle persone nella fase terminale della vita, affette da malattie progressive e in fase avanzata, e a prognosi infausta	Il canale di accesso al Servizio di Hospice è l'Unità Valutativa Integrata (U.V.I.), che va differenziato in ra-gione delle condizioni in cui si prospetta la necessità di intervento (in fase acuta; in fase post acuta; in fase non acuta o cronica). I criteri di accesso e di priorità per l'Hospice sono definiti da apposito atto della Giun-ta Regionale
Residenza Collettiva per Malati di AIDS	Il servizio si rivolge agli 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	Invio dal Servizio Sanitario pubblico che ha la responsabilità della rete terapeutico assistenziale alle persone competente sul territorio di provenienza.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	ne impediscono l'autonomia presso un proprio domicilio.	
--	---	--

Nota: eventuali modifiche o integrazioni rispetto alla evoluzione normativa relativamente alle strutture

Riportate nella tabella (vedi PRRN) saranno oggetto di aggiornamento del presente atto.

4. DEFINIZIONI e ABBREVIAZIONI

DIMISSIONE PROTETTA (DP)

Percorso assistenziale del paziente che da un ospedale per acuti passa ad un altro setting assistenziale (domicilio/struttura residenziale sanitaria/sociosanitaria) che si applica ai pazienti fragili e/o affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità anche gravi, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cure ed assistenza

La dimissione protetta deve essere intesa come un 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 dei MMG al fine di garantire appropriatezza e continuità di cura, anche a beneficio della famiglia e dell'assistito.

CONTINUITA' DELL'ASSISTENZA (CA)

La continuità dell'assistenza (CA) indica la presa in carico globale del malato, fin dall'inizio del percorso terapeutico, che prevede un approccio multidisciplinare e multidimensionale che garantisca da un lato, il miglior trattamento (in termini di qualità, di tempi, e di coordinamento degli interventi), e dall'altro un precoce riconoscimento di eventuali altri bisogni (fisici, funzionali, psicologici, spirituali, sociali e riabilitativi) del malato. L'approccio integrato vede come obiettivo la cura del malato e non solo della malattia, al fine di garantire il miglior trattamento. Il concetto di presa in carico è caratterizzato dalla bi-direzionalità degli interventi, ovvero dalla possibilità di attivare percorsi dall'ospedale al territorio, ma anche inversamente dal territorio all'ospedale. La continuità assistenziale è quindi un processo dove, individuati i bisogni del paziente, viene prestata assistenza continuativa da un livello di cura ad un altro sia esso ospedale, domicilio o altra realtà.

FRAGILITA'

Secondo l'OMS, la fragilità è un progressivo declino dei sistemi fisiologici correlato all'invecchiamento, con conseguente diminuzione delle capacità di riserva intrinseca, che conferisce estrema vulnerabilità a fattori di stress ed espone l'individuo ad un rischio elevato di conseguenze negative sulla salute

PERSONA CON DISTURBI PSICHICI E COMPORTAMENTALI

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere, come si evince dalla definizione di salute che si trova nella Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il paziente con disturbi psichici e comportamentali, indipendentemente dall'età, è affetto da disturbi della salute mentale riconducibili a diverse categorie comprese nella Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati (ICD-10).

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PERSONA CON DISABILITÀ

Il Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione del 2011 definisce la disabilità come “perdita delle capacità funzionali nell'ambito delle attività fisiche, motorie, cognitive, comportamentali che nella più attuale concezione bio-psico-sociale impattano con i fattori ambientali riducendo il livello di partecipazione dell'individuo allo svolgimento delle attività della vita quotidiana e di relazione”. Il superamento della condizione di disabilità richiede l'attivazione di programmi per l'abilitazione e la riabilitazione che abbiano inizio precocemente e che siano basati su una valutazione multidisciplinare e multiprofessionale dei bisogni dell'individuo: ciò da un lato permette di costruire un profilo del funzionamento della persona, dall'altro consente di realizzare tutti gli interventi sanitari necessari al raggiungimento, nell'ottica del reale empowerment, delle condizioni di massimo livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla propria volontà ed al contesto, tutelando il concetto di “qualità di vita”.

CURE PALLIATIVE

Le cure palliative sono l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata, sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici.

CURE PALLIATIVE SIMULTANEE

Le cure palliative simultanee vengono attuate quando la malattia inguaribile è in fase avanzata ma non ancora in fase terminale e prendono in carico il malato e la famiglia in una fase in cui sono contestualmente praticate terapie finalizzate al controllo della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

MALATO TERMINALE

La persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita; pertanto l'evoluzione della patologia stessa condurrà verso una morte prevista.

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (VMD)

La valutazione multidimensionale (VMD) è la metodica che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'ospite, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche. La VMD deve essere attuata con strumenti scientificamente validati omogenei almeno su scala regionale. Gli strumenti di VMD devono consentire la individuazione di un indice sintetico di misurazione del case-mix assistenziale e/ o della “fragilità”, e devono essere ripetute periodicamente al fine di qualificare nel tempo la prestazione e verificare l'esatta corrispondenza tra gli specifici bisogni e l'assistenza erogata.

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI)

Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), secondo quanto indicato nel Piano Socio-sanitario Regionale 2012-2014, viene definito come uno strumento che deve consentire, da una parte di delineare delle linee guida che si indirizzino verso un'assistenza individualizzata e ben organizzata, e dall'altra di rappresentare un ottimo strumento di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che si occupano del soggetto “fragile”. Il PAI è quindi uno strumento che dalla valutazione dei bisogni (punto di partenza) individua un percorso

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

assistenziale e gli obiettivi a cui questo deve giungere (punto di arrivo tendenziale). Il PAI intende costituire un modello omogeneo di intervento a livello territoriale e deve essere redatto specificando i seguenti contenuti:

- obiettivi di salute
- azioni da realizzare
- operatori coinvolti
- tempi di attivazione
- durata prevista
- data della rivalutazione
- case manager individuato all'interno del servizio /equipe che prende in carico il soggetto.

NUCLEO DIMISSIONE PROTETTA (NDP)

Il Nucleo Dimissione Protetta (NDP) è un team dedicato all'organizzazione dei flussi dei pazienti dall'ospedale al territorio.

I componenti del team sono di supporto alle UU.OO. e al Pronto Soccorso e fungono da facilitatori alla Dimissione Protetta, interagendo in particolare con le componenti territoriali che ricevono la documentazione clinica prodotta attraverso la dimissione protetta del sistema SIRTE.

CAREGIVER

Il caregiver è la persona che volontariamente e in modo responsabile, si prende cura del malato, in condizioni di non autosufficienza o comunque in necessità di ausilio di lunga durata, dal punto di vista pratico aiutandolo nella gestione della malattia e nello svolgimento delle attività quotidiane, ma anche sostenendolo sul piano emotivo. Il più delle volte il caregiver è un familiare.

CASE MANAGER (CM)

Il Case Manager (CM) è colui che si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata, divenendo responsabile dell'effettiva continuità del percorso stesso. Il CM, si occupa di coordinare i processi, garantendo la continuità della cura e favorendo la compliance del paziente e del suo nucleo di appartenenza.

I CM ha l'obiettivo di conciliare le risposte necessarie al soddisfacimento dei bisogni del paziente e dei familiari alle risorse disponibili, facendo inoltre da tramite tra i diversi Servizi di cura presenti sul territorio.

UNITA' OPERATIVA FUNZIONALE SOCIALE E SANITARIA (UO-SeS)

Struttura integrata che, a livello di distretto sanitario/ambito territoriale sociale si occupa della progettazione operativa, della organizzazione e della gestione dell'integrazione sociale e sanitaria a livello locale. L'UO SeS rappresenta il nodo centrale di tale sistema di rete, stabilendo una connessione organica nel rispetto dei principi di sussidiarietà, responsabilità e solidarietà, coordinando l'organizzazione e la gestione delle reti integrate del "Governo della domanda" e l'attuazione dei "Percorsi di reti integrate", secondo un'impostazione unitaria regionale.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L' UO SeS è formata dal Direttore di Distretto, dai Coordinatori di Ambito Territoriale Sociale, dagli operatori dell'Ufficio di Coordinamento per le attività Distrettuali e dell'Ufficio di Piano dell'Ambito. I responsabili della UO SeS sono il Direttore di Distretto ed il Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale.

PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Si definisce il PUA come una porta unitaria di accesso alle cure territoriali e alle prestazioni sociali. Il PUA è una delle articolazioni dell'UO-SeS, non gestisce servizi, e svolge una funzione di "triage sociosanitario". Dà indicazioni o indica la soluzione ai bisogni semplici, gestisce il raccordo con l'Unità di Valutazione Integrata (UVI) per i bisogni complessi. Attraverso il processo di accesso, accoglienza/accompagnamento il PUA dà avvio alla presa in carico della persona all'interno della rete dei servizi di assistenza territoriale, per garantire la tutela dei bisogni complessi.

UNITÀ DI VALUTAZIONE INTEGRATA (UVI)

L'Unità di Valutazione Integrata (UVI) è un'equipe multidisciplinare integrata e multi professionale che svolge la valutazione multidimensionale per poter individuare correttamente i bisogni dell'utente attraverso strumenti specifici e per fornire indicazioni necessarie ad avviare la pianificazione assistenziale (Piano Assistenziale Individualizzato) definendo adeguati ed appropriati percorsi assistenziali.

CURE DOMICILIARI INTEGRATE (CDI)

Le Cure Domiciliari Integrate (CDI) sono percorsi assistenziali a domicilio garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse. Le CDI sono costituite 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.

CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E LE DEMENZE (CDCD)

Il Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) è il servizio deputato alla valutazione, diagnosi e trattamento dei disturbi cognitivi e/o demenze. Garantisce il percorso diagnostico e la presa in carico terapeutica - gestionale dei soggetti affetti da tali patologie. Si configura come un sistema integrato socio-sanitario in grado di garantire la diagnosi e la presa in carico tempestiva, la continuità dell'assistenza ed un corretto approccio alla persona e alla sua famiglia nelle diverse fasi della malattia e nei diversi contesti di vita e di cure (MMG, ambulatori per le demenze, Centri diurni, cure domiciliari dedicate, ecc.) e con particolare attenzione agli aspetti etici.

UNITÀ MULTIDISCIPLINARE DELL'ETÀ ADULTA (UMEA)

L'Unità Multidisciplinare dell'Età Adulta (UMEA) è rivolta a persone adulte in condizione di disabilità dai 18 ai 65 anni (o che abbiano comunque concluso il ciclo scolastico)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

5. Informazioni per il Cittadino sui Servizi Sanitari Residenziali e Domiciliari

Riferimenti normativi regionali:

- DGR 937 20 luglio 2020, Manuale autorizzazione strutture sanitarie extraospedaliere intensive ed estensive, strutture socio – sanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: requisiti generale e requisiti specifici delle strutture per disabilità, salute mentale, dipendenze patologiche, minorenni)
- DGR 938 20 luglio 2020, Manuale autorizzazione strutture sanitarie extraospedaliere intensive ed estensive, strutture socio – sanitarie di lungo-assistenza o mantenimento e protezione, che erogano prestazioni in regime residenziale e semiresidenziale (parte C: requisiti generale e requisiti specifici delle strutture per Anziani/Fragilità, Adulti (Hospice – Malati HIV))
- DGR 1331 del 25 novembre 2014 (Tariffe assistenza residenziale)
- DGR 1729 del 29 novembre 2010 (Convenzione ASUR e Residenze Protette)
- DGR 791 del 30 giugno 2014 (Linee Guida Cure Domiciliari)



Informazioni per il Cittadino

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Cure Intermedie (CI)

Per chi e per cosa sono? 	Le strutture di Cure Intermedie offrono le cure necessarie per quei soggetti fragili, che sono stabilizzati dal punto di vista clinico, che non richiedono ricovero ospedaliero ma non sono ancora idonei a tornare al domicilio o in strutture residenziali di lungo assistenza. Il trasferimento nelle strutture di Cure Intermedie è volto a: - garantire la continuità assistenziale - favorire il recupero dopo un evento acuto, - evitare il riacutizzarsi delle patologie e nuovi ricoveri - ridurre l'utilizzo delle lungodegenze e del ricovero in altre strutture Nelle strutture delle cure intermedie viene fornita assistenza di ricovero in ambiente residenziale non ospedaliero per un periodo di tempo limitato (massimo 30 gg. +30gg ripetibile) Le figure sanitarie presenti sono: - il medico, che garantisce la visita medica giornaliera nell'arco dell'orario diurno nei giorni feriali. Nell'orario notturno, nei festivi e nei prefestivi è prevista la presenza, a chiamata, dei medici della continuità assistenziale (Guardia medica). In caso di emergenza/urgenza, verrà attivato il Sistema di Emergenza Territoriale tramite 118 - l'infermiere e l'operatore socio-sanitario sono presenti le 24 ore. E' fornita l'assistenza farmaceutica, sono disposti accertamenti diagnostici. Sono erogate limitate prestazioni di tipo riabilitativo
---	---

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Come si accede a queste strutture? 	Se il paziente è ricoverato, la procedura di accesso viene attivata dal medico ospedaliero. Se il paziente è a domicilio, dal suo medico di medicina generale. Per farlo entrambi compilano un modulo di richiesta all'Unità Valutativa Integrata (UVI) del distretto di residenza in cui descrivono le condizioni cliniche del paziente.
Chi decide se il trasferimento in queste strutture è necessario? 	L'Unità Valutativa Integrata (UVI) del distretto di residenza, sulla base dei dati della richiesta pervenuta e di eventuali altri elementi che ritiene necessario raccogliere.
In quanto tempo avviene il trasferimento? 	Nel più breve tempo possibile. Il trasferimento dipende dalla stabilità delle condizioni cliniche, dalla disponibilità di posti nelle strutture dedicate, dal tempo tecnico richiesto dalla valutazione da parte dell'Unità Valutativa Integrata (UVI) del distretto di residenza.
Quanto può durare il ricovero? 	La permanenza in Cure Intermedie, non può superare i 30 giorni di degenza che possono essere estesi a 60 nel caso in cui l'Unità Valutativa Integrata del Distretto individui esigenze rilevanti di carattere socio-sanitario (tempo complessivo 60 giorni non superabili nel corso dell'anno solare). (fare riferimento anche alla Determina DG ASUR 670/2017 "Regolamento Asur Cure Intermedie, Punto di Assistenza Territoriale e Ambulatori Infermieristici. Approvazione.")
Il ricovero ha un costo?	La normativa regionale prevede che il ricovero sia gratuito per un massimo di 60 giorni complessivi in un anno solare, anche non continuativi, a partire dal primo giorno del ricovero in struttura.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE



L'indennità di accompagnamento, se percepita, viene sospesa per tutto il periodo della gratuità. Le informazioni sulla disponibilità di presidi medici devono essere fornite da ogni singola struttura. Potrebbe essere richiesto al paziente di autocertificare i periodi già trascorsi in strutture di assistenza post-ricovero nell'arco temporale previsto dalla normativa.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Residenze Sanitarie Assistenziali per persone non autosufficienti (RSA)

Per chi e per cosa sono? 	Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono destinate a pazienti in condizioni di non autosufficienza, non assistibili a domicilio, con una o più patologie che pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono assistenza medica, infermieristica e dell'operatore socio-sanitario. In tali strutture è garantita l'assistenza del medico di medicina generale con accessi programmati nei giorni feriali; nell'orario notturno, nei festivi e nei prefestivi è prevista la presenza, a chiamata, dei medici della continuità assistenziale ("Guardia Medica"). E' garantita la presenza dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario nelle 24 ore (un infermiere di notte ogni 60 posti letto al massimo). E' fornita assistenza farmaceutica e sono disposti accertamenti diagnostici. Sono anche erogate limitate prestazioni di tipo riabilitativo.
Come si accede a queste strutture? 	Se il paziente è ricoverato, la procedura di accesso viene attivata dal medico ospedaliero. Se il paziente è a domicilio, dal suo medico di medicina generale.
Chi decide se il trasferimento in queste strutture è necessario? 	L'Unità Valutativa Integrata (UVI) del Distretto di residenza, sulla base dei dati della richiesta pervenuta e di eventuali altri elementi che ritenesse necessario raccogliere.
In quanto tempo avviene il trasferimento?	Nel più breve tempo possibile.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	Il trasferimento dipende dalla stabilità delle condizioni cliniche, dalla disponibilità di posti nelle strutture dedicate, dal tempo tecnico richiesto dalla valutazione e dalla valutazione da parte dell'UVI. Dal momento della valutazione da parte dell'Unità Valutativa Integrata, il paziente riconosciuto idoneo per RSA anziani è posto in lista di attesa e chiamato dalla struttura di destinazione al momento della disponibilità del posto letto.
Quanto può durare il ricovero? 	La durata della permanenza in struttura di norma non supera i 60 giorni, ed è fissata in base alle condizioni dell'assistito. La successiva permanenza sarà condizionata dalla rivalutazione periodica dell'Unità Valutativa Integrata del distretto in caso di esigenze rilevanti di carattere socio sanitario.
Il ricovero ha un costo? 	La normativa regionale prevede che il ricovero sia gratuito per un massimo di 60 giorni complessivi in un anno, anche non continuativi, a partire dal primo giorno del ricovero in struttura; l'indennità di accompagnamento, se percepita, viene sospesa per tutto il periodo della gratuità. Qualora in casi eccezionali, sempre su indicazione della Unità valutativa integrata distrettuale, la degenza si protragga oltre i 60 giorni, dal 61° giorno di degenza è prevista una compartecipazione alla spesa da parte del paziente pari a € 42,50 al giorno, con conseguente ripristino della eventuale indennità di accompagnamento. Le informazioni sulla disponibilità di presidi medici devono essere fornite da ogni singola struttura. Potrebbe essere richiesto al paziente di autocertificare i periodi già trascorsi in strutture di assistenza post-ricovero nell'arco temporale previsto dalla normativa.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Residenze Sanitarie Assistenziali per pazienti con demenza (RSA demenza)

Per chi e per cosa sono? 	Le RSA demenza sono destinate a pazienti con diagnosi di demenza senile e Malattia di Alzheimer nelle fasi della malattia in cui il disturbo della memoria è associato a disturbi del comportamento e della affettività che richiedono la tutela e il ri-orientamento della persona in ambiente protetto. Sono strutture residenziali non ospedaliere in cui è garantita la continuità dell'assistenza e accessi programmati o a richiesta del medico di medicina generale; la figura dell'infermiere e dell'operatore socio-sanitario è presente nelle 24 ore. Sono erogate limitate prestazioni di tipo riabilitativo e di animazione / socializzazione. E' fornita assistenza farmaceutica e sono disposti accertamenti diagnostici.
Come si accede a queste strutture? 	Se il paziente è ricoverato, la procedura di accesso viene attivata dal medico ospedaliero. Se è a domicilio, dal suo medico di medicina generale. Per farlo entrambi compilano un modulo di richiesta in cui descrivono le condizioni cliniche del paziente.
Chi decide se il trasferimento in queste strutture è necessario? 	Il Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del distretto di residenza, sulla base dei dati della richiesta pervenuta e di eventuali altri elementi che ritenesse necessario raccogliere.
In quanto tempo avviene il trasferimento?	Dal momento della valutazione da parte del CDCD, il paziente riconosciuto idoneo per RSA demenza viene posto in lista di attesa e

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

	chiamato dalla struttura di destinazione al momento della disponibilità del posto letto.
Quanto può durare il ricovero? 	La permanenza non può superare i 60 giorni di degenza che possono essere estesi nel caso in cui il CDCD individui esigenze rilevanti di carattere socio-sanitario.
Il ricovero ha un costo? 	La normativa regionale prevede che il ricovero sia gratuito per un massimo di 60 giorni complessivi in un anno, anche non continuativi, a partire dal primo giorno del ricovero in struttura; l'indennità di accompagnamento, se percepita, viene sospesa per tutto il periodo della gratuità. Qualora in casi eccezionali, sempre su indicazione della Unità valutativa integrata distrettuale, la degenza si protragga oltre i 60 giorni, dal 61° giorno di degenza è prevista una compartecipazione alla spesa da parte del paziente pari a € 42,50 al giorno, con conseguente ripristino della eventuale indennità di accompagnamento. Le informazioni sulla disponibilità di presidi medici devono essere fornite da ogni singola struttura. Potrebbe essere richiesto al paziente di autocertificare i periodi già trascorsi in strutture di assistenza post-ricovero nell'arco temporale previsto dalla normativa.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Residenze Protette per anziani non autosufficienti (RP)

Per chi e per cosa sono? 	Le Residenze Protette sono destinate ad anziani stabilmente non autosufficienti con esiti di patologie non curabili a domicilio ma che non necessitano di cure sanitarie complesse. Le Residenze Protette sono strutture di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale e comprendono interventi di sollievo per chi assicura le cure. Assicurano la presenza dell'operatore socio-sanitario e dell'infermiere, prestazioni di tipo alberghiero e attività di animazione / socializzazione. In queste strutture sono garantiti gli accessi programmati del medico di medicina generale. Nell'orario notturno, nei festivi e nei prefestivi è prevista, a chiamata, la presenza della continuità assistenziale ("Guardia medica"). Le Residenze Protette possono essere pubbliche o private. In entrambi i casi, i relativi posti letto possono essere o meno convenzionati con il servizio sanitario regionale.
Come si accede a queste strutture? 	Ai fini dell'ingresso in Residenza Protetta è necessario che l'interessato, o il suo legale rappresentante, presentino domanda di ammissione presso la struttura prescelta. Per accedere a posti letto convenzionati con il servizio sanitario regionale, oltre alla domanda di ammissione, è necessaria una proposta all'Unità Valutativa Integrata del distretto di residenza da parte del medico di medicina generale se la persona è al domicilio, o del medico ospedaliero nel caso in cui sia ricoverata.
Chi decide se il trasferimento in queste strutture è necessario? 	Per i posti letto convenzionati con il servizio sanitario regionale, l'Unità Valutativa Integrata del distretto di residenza, su proposta del medico di famiglia se la persona è al domicilio o del medico ospedaliero nel caso in cui sia ricoverato.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

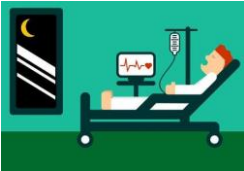
In quanto tempo avviene il trasferimento? 	Dal momento della richiesta dell'interessato o del suo legale rappresentante o dal momento della valutazione da parte dell'Unità Valutativa Integrata, il paziente è posto in lista di attesa e poi chiamato dalla struttura di destinazione quando si verifica la disponibilità del posto letto.
Quanto può durare il ricovero? 	La permanenza può essere temporanea o permanente. Inoltre, ogni struttura garantisce la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia.
Il ricovero ha un costo? 	Il paziente partecipa al pagamento della retta dal 1° giorno di degenza in struttura nella misura di € 33,51 al giorno. Il costo quotidiano della retta giornaliera è frequentemente maggiore in alcune residenze in relazione a servizi e/o prestazioni supplementari offerte. Per le strutture di recente convenzionamento con la Regione la quota aggiuntiva non può superare la metà di 33,51 euro. Le informazioni sulla disponibilità di presidi medici devono essere fornite da ogni singola struttura.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Residenze Protette per pazienti con demenza (RP demenza)

Per chi e per cosa sono? 	Le Residenze Protette demenza sono destinate a pazienti con diagnosi di demenza che presentano deficit cognitivi senza rilevanti disturbi del comportamento. Sono strutture di lungo assistenza e mantenimento che forniscono assistenza alla persona, con presenza di infermiere e operatore socio-sanitario, prestazioni di tipo alberghiero e attività di animazione / socializzazione. In queste strutture sono garantiti gli accessi programmati del medico di medicina generale; nell'orario notturno, nei festivi e nei prefestivi è prevista la presenza, a chiamata, dei medici della continuità assistenziale ("Guardia Medica"). Le Residenze Protette possono essere pubbliche o private. In entrambi i casi, i relativi posti letto possono essere o meno convenzionati con il servizio sanitario regionale.
Come si accede a queste strutture? 	Ai fini dell'ingresso in Residenza Protetta demenze è necessario che l'interessato, o il suo legale rappresentante, presentino domanda di ammissione presso la struttura prescelta. Per accedere a posti letto convenzionati con il servizio sanitario regionale, oltre alla domanda di ammissione, è necessaria una proposta al Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del distretto di residenza da parte del medico di medicina generale se la persona è al domicilio, o del medico ospedaliero nel caso in cui sia ricoverata.
Chi decide se il trasferimento in queste strutture è necessario? 	Per i posti letto convenzionati con il servizio sanitario regionale, oltre alla domanda di ammissione, è necessaria una valutazione di idoneità da parte del Centro per Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) del distretto di residenza, su proposta del medico di famiglia se la persona è al domicilio, o del medico ospedaliero in caso di ricovero.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

In quanto tempo avviene il trasferimento? 	Dal momento della richiesta dell'interessato o del suo legale rappresentante o dal momento della valutazione da parte del CDCD, il paziente è posto in lista di attesa e poi chiamato dalla struttura di destinazione quando si verifica la disponibilità del posto letto.
Quanto può durare il ricovero? 	La permanenza può essere temporanea o permanente. Ogni struttura garantisce la disponibilità ad accoglienze occasionali con funzione di sollievo alla famiglia.
Il ricovero ha un costo? 	Il paziente partecipa al pagamento della retta dal 1° giorno di degenza in struttura nella misura di € 33,51 al giorno. Il costo quotidiano della retta giornaliera può essere sottoposto in alcune residenze protette ad una quota ulteriore in relazione a servizi e/o prestazioni supplementari offerte. Per le strutture di recente convenzionamento con la Regione la quota aggiuntiva non può superare la metà di 33,51 euro. Le informazioni sulla disponibilità di presidi medici devono essere fornite da ogni singola struttura.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CDI- Cure Domiciliari Integrate

Per chi e per cosa sono? 	Sono rivolte alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, prese in carico a domicilio da un familiare o caregiver (la persona che generalmente le aiuta) e che vivono in condizioni abitative idonee. Garantisce 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 integrate rispondono a un bisogno socio-sanitario complesso e prevedono il ruolo centrale del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica dei processi di cura. Sulla base della valutazione dei bisogni di ciascun paziente viene formulato un progetto personalizzato (PAI) che definisce gli interventi degli operatori sanitari (prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, medico specialistiche e socio-assistenziali), la periodicità degli accessi, gli obiettivi di cura perseguibili e la durata del piano assistenziale.
Chi richiede le prestazioni di cure domiciliari? 	Se il paziente è ricoverato, il medico ospedaliero tramite programma informatico. Se è a domicilio, il Medico di Medicina Generale. In ogni caso, il Medico di Medicina Generale compila: - il modulo di attivazione delle cure domiciliari che descrive le condizioni cliniche del paziente - l'Impegnativa regionale che prescriva la prestazione necessaria e specifici "a domicilio". L'impegnativa e il modulo devono essere consegnate dal familiare o care-giver in Segreteria Organizzativa della UO Cure Domiciliari del Distretto Sanitario di residenza. L'accesso al servizio di cure domiciliari può avvenire anche su segnalazione da parte di familiari, servizi sociali del Comune, altri soggetti della rete informale, al Punto Unico di Accesso (PUA) del Distretto Sanitario di residenza del richiedente.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

In quanto tempo avviene la presa in carico? 	Nel più breve tempo possibile e comunque dipende dalle caratteristiche della prestazione e del paziente.
Per quanto tempo se ne può usufruire? 	In base alla durata del Piano Assistenziale, le Cure Domiciliari Integrate possono essere: - a breve termine (da 15 a 30 giorni); - a medio termine (fino a circa 90 giorni); - a lungo termine (fino a 180 giorni ripetibili). Qualora allo scadere dei tempi previsti si rendesse necessario prolungare l'assistenza, l'Unità Valutativa Integrata rivaluterà il caso e redigerà un nuovo Piano
Le prestazioni hanno un costo? 	La prestazione infermieristica è gratuita. L'assistito paga il ticket dell'impegnativa nel caso non sia esente.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

6 ASPETTI SOCIO-ASSISTENZIALI a cura dell'Assistente Sociale)

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

☐ Vive con il coniuge non autonomo

☐ Paziente istituzionalizzato

☐ Vive con persone che forniscono assistenza continuativa (familiari, assistente domiciliare..)

☐ Altro (specificare) _____

☐ Può usufruire di persone che forniscono assistenza per alcune ore durante la giornata

(familiari, assistente domiciliare, volontari,...).

SERVIZI TERRITORIALI GIA' ATTIVI:

☐ SAD n° di ore..... ☐ Assegno di cura ☐ HCP ☐ contributo economico ☐ CDI ☐ Fornitura presidi/ausili ☐

Telesoccorso ☐ ALTRO.....

☐ In carico ai servizi sociali territoriali c/o

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

MMG _____ TEL. _____

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

CONDIZIONE ECONOMICA: STUDENTE/OCCUPATO/DISOCCUPATO/INOCCUPATO

Titolare di pensione ☐ SI ☐ NO

Invalità civile ☐ SI ☐ NO %

Assegno di accompagnamento ☐ SI ☐ NO L. 104 ☐ SI ☐ NO

In corso ☐ SI ☐ NO ALTRO

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

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

IL SOTTOSCRITTO _____

IN QUALITA' DI _____

✓ PERSONA ASSISTITA _____

✓ FAMILIARE DELLA PERSONA ASSISTITA _____
(allegare fotopia del documento di riconoscimento)

✓ LEGALE RAPPRESENTANTE _____

Degente presso la U.O. _____

DICHIARA
di essere stato informato sull'attivazione del percorso di D.P.

FIRMA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

7. GRUPPO DI LAVORO:

“DECRETO DEL DIRIGENTE DELLA PF TERRITORIO ED INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

N. 3/AST del 22/02/2019 - Oggetto: Costituzione gruppo di lavoro regionale - Linee di indirizzo per la Dimissione Protetta”.

- dott. Claudio Martini (ARS)
- dott.ssa Raffaella Rotili (ARS)
- dott.ssa Sonia Tonucci (ARS)
- dott. Filippo Masera (Servizio Sanità)
- dott. Stefano Ricci (ARS)
- dott.ssa Liana Spazzafumo (ARS)
- dott.ssa Roberta Papa (ARS)
- dott.ssa Cinzia Giammarchi (ARS)
- dott.ssa Cristiana Sisti (ARS)
- dott. Gianluca Causo (SERVIZIO SOCIALE Regione Marche)
- dott.ssa Flavia Giorgino (AO MARCHE NORD)
- dott.ssa Isabella Montesi (AO MARCHE NORD)
- dott.ssa Margherita Moretti (AO MARCHE NORD)
- dott.ssa Elena Di Tondo (ASUR MARCHE)
- dott.ssa Nadia Mosca (ASUR MARCHE)
- dott. Vittorio Scialè (ASUR MARCHE)
- dott.ssa Maria Grazia Altavilla (ASUR MARCHE)
- dott.ssa Giovanna Diotallevi (ASUR MARCHE)
- dott. Riccardo Luzi (INRCA)
- dott.ssa Cristina Rocchetti (INRCA)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- dott.ssa Marisol Ferreiro (AOU Ancona)
- dott.ssa Giovanna Trucchia (AOU Ancona)
- dott. Fabio D'Ercoli (AOU Ancona)
- dott. Sandro di Tuccio (Rappresentante OPI)
- dott.ssa Maria Grazia Zagaglia (Rappresentante OPI)