

ALLEGATO 4 - ACCORDO INTERISTITUZIONALE AVENTE AD OGGETTO LA GESTIONE DEI SERVIZI E DEGLI INTERVENTI SOCIOSANITARI IN FORMA ASSOCIATA DA PARTE DEGLI ENTI LOCALI IN INTEGRAZIONE CON L'AUSL DELLA ROMAGNA NEL DISTRETTO DI RICCIONE

Processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizioni di disabilità, che necessitano di interventi di tipo sia sociale che sanitario, secondo le disposizioni del Comma 163 della L. n. 243/2021.

PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone con disabilità, a persone non autosufficienti senza limiti di età e a situazioni di fragilità sociale e sanitaria è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale individualizzato, monitoraggio degli esiti di salute, come definite di seguito al punto A).

Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dal Distretto socio sanitario di Riccione. La programmazione condivisa tra Enti Locali e AUSL della Romagna è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso assistenziale.

Il Gruppo di Coordinamento della gestione per l'integrazione socio sanitaria, di cui all'art. 4.1 dell'accordo interistituzionale per la gestione dei servizi e degli interventi sociosanitari nel Distretto di Riccione, di cui il presente allegato 4 costituisce parte integrante e sostanziale, provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e a sovrintendere alla gestione delle attività, di seguito disciplinate, per l'attuazione del percorso assistenziale integrato in oggetto attraverso l'attivazione dei Punti Unici d'Accesso.

COOPERAZIONE INTERPROFESSIONALE

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021, e come definito di seguito al punto A), la cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente all'AUSL della Romagna e agli Enti Locali del Distretto socio sanitario di Riccione. L'equipe integrata assicura la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di disabilità, non autosufficienza e fragilità sociale e sanitaria nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. A questo scopo gli Enti Locali e l'AUSL della Romagna definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi.

COOPERAZIONE ORGANIZZATIVA

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 243/2021 e come definito di seguito al punto B), il percorso assistenziale integrato è garantito all'interno del Distretto socio sanitario di Riccione attraverso punti unici di accesso (PUA), composti da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente all'AUSL della Romagna e gli Enti Locali. I PUA hanno la sede operativa presso le articolazioni dell'AUSL della Romagna denominate Case della Comunità e presso altre sedi territoriali strategiche individuate in ambito distrettuale.

MODALITA' DI INTEGRAZIONE DEGLI INTERVENTI

In riferimento alle disposizioni del Comma 160 della L. 243/2021 e come definito di seguito al punto B), i LEPS sono realizzati dal distretto socio sanitario che costituisce la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi.

Gli Enti Locali e l'AUSL della Romagna pongono in essere tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale e programmatico, che a livello organizzativo e professionale.

SISTEMA UNITARIO DI ACCESSO E PUA

I Punti Unici di Accesso rappresentano una modalità organizzativa di accesso unitario, diffuso, ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari rivolta, in particolare, a persone con disabilità, a persone non autosufficienti senza limiti di età e situazioni di fragilità sociale e sanitaria e loro caregivers che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e interventi sociali.

Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, ad individuare il caregiver attraverso la raccolta della scheda di "Riconoscimento del caregiver familiare" (determinazione regionale n°15465 del 10/09/2020) e a superare la settorializzazione degli interventi.

Il modello organizzativo e l'operatività del PUA verrà delineato in un successivo protocollo operativo distrettuale reso esecutivo dall'approvazione del Comitato di Distretto.

EQUIPE INTEGRATA DI AMBITO DISTRETTUALE E UVM

Il Gruppo di Coordinamento della gestione per l'integrazione socio sanitaria di cui all'Art. 4.1 dell' Accordo interistituzionale nelle funzioni dell'Ufficio Socio Sanitario Integrato di Ambito garantisce la funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale territoriali e delle equipe integrate di ambito territoriale che definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI).

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

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

BUDGET DI SALUTE E DI COMUNITA'

Ai fini di prevenire l'istituzionalizzazione garantendo i diritti fondamentali, civili, sociali, alla salute riconoscendo il protagonismo e la libertà di scelta delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti e delle loro reti relazionali, si rende necessario dare attuazione a quanto previsto dalla L 328/2000, dai LEA socio sanitari (DPCM 12/1/2017), dalla L 162/98 superando modelli socio-sanitari di welfare prestazionale che producono frammentazione di spesa pubblica e di interventi. In esito al processo valutativo, i Progetti Personalizzati e Partecipati cogestiti con gli interessati in forma flessibile e dinamica, sono sostenuti dal Budget di Salute e di Comunità in attuazione della Legge 17 luglio 2020, art. 1 comma 4bis a valere sulle risorse sociali di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze e sulle risorse sanitarie destinate all'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Capo IV del D.P.C.M.12 gennaio 2017 nel limite dei massimali regolamentati dalla Regione Emilia-Romagna, delle quote, delle tipologie di costo e delle percentuali di compartecipazione previsti per i servizi diurni e residenziali.

IMPEGNI DEGLI ENTI SOTTOSCRITTORI

Gli Enti Locali e l'AUSL della Romagna provvedono in modo coordinato allo svolgimento del LEP di processo in oggetto garantendo:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito di seguito al punto A);
- La dotazione di risorse umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- La piena cooperazione tra le strutture organizzative delle singole amministrazioni con l'Equipe integrata di ambito distrettuale, costituita anche dalle risorse messe reciprocamente a disposizione a questo stesso.

Si impegnano altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema territoriale sanitario e del sistema locale dei servizi sociali, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e ai Punti unici di accesso.

Di seguito i punti A), B) sopra richiamati.

A) LE MACROFASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE INTEGRATO

Percorso Assistenziale Integrato		
Macrofasi	Contenuto	Attività
A. Accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	<ul style="list-style-type: none"> - Orientamento al complesso dei servizi territoriali - Accesso al percorso assistenziale dedicato (primi riferimenti anagrafici)
B. Prima Valutazione	Valutazione preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> - Anagrafica completa della persona - Valutazione preliminare --> Bisogno semplice: <ul style="list-style-type: none"> - Invio strutture competenti --> Bisogno complesso: <ul style="list-style-type: none"> - Invio unità di valutazione multidimensionale
C. Valutazione Multidimensionale)	Valutazione multidimensione dei bisogni complessi della persona o del nucleo familiare	<ul style="list-style-type: none"> - Equipe multidisciplinare - Valutazione multidimensionale - Attivazione servizi e prestazioni sociali, sociosanitari e sanitari - Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse
D. Piano Assistenziale Individualizzato (Piano condiviso di sostegno)	Piano assistenziale e di sostegno condiviso	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione degli obiettivi di salute - Defiizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute - Definizione delle risorse interne al nucleo familiare - Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare - Attivazione delle prestazioni previste dal PAI
E. Monitoraggio e Valutazione PAP	<ul style="list-style-type: none"> - Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI - Valutazione dei risultati delle attività previste dal PAI 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato - Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti

Ufficio Sociosanitario Integrato di Ambito

L'Ufficio Sociosanitario Integrato di Ambito è coordinato dal Responsabile del Servizio Sociale Territoriale e dal Direttore del Distretto, nelle modalità riportate al punto 4.1 "Gruppo di Coordinamento" dell' Accordo Interistituzionale, coinvolge l'Ufficio di Piano e tutte le altre responsabilità organizzative necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale unitario; cura altresì tutti i rapporti necessari con gli organismi distrettuali e aziendali, con gli organismi comunali e con tutti gli altri soggetti coinvolti nella costruzione del sistema dei servizi e delle risposte ai bisogni di salute complessi.

Funzioni:

- a) Supporto all'Ufficio di Piano nella rilevazione del fabbisogno sociosanitario per l'elaborazione della programmazione e del monitoraggio dei servizi sociosanitari, rispettivamente definiti all'interno del Piano Attuativo Territoriale (PAT) così come nel Piano di Zona sociale.
- b) Supporto all'Ufficio di Piano nella gestione e nel monitoraggio delle risorse per la gestione integrata dei servizi sociosanitari.
- c) Responsabilità dei Servizi per l'accesso integrato (sociosanitario)–PUA.
- d) Attivazione di Equipe multidisciplinari per le situazioni sociosanitarie complesse o socio-educative-sanitarie complesse.
- e) Supervisione dell'andamento dei processi assistenziali integrati di ambito.

B. INDICAZIONI PER IL COORDINAMENTO TRA LEP SOCIALE E LEA SANITARI NELLA DOMICILIARITA'

	Sistema sociale LEPS	Sistema sanitario LEA
CURE DOMI- CILIARI	<p>Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023</p> <p>Dimissioni protette Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art.22</p> <p>L'AUSL della Romagna assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.</p>
	<p>L. 234/21 art. 1 comma 162 Assistenza domiciliare sociale quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22</p> <p>Cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/ o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14;</p>
	<p>L.234/21 art. 1 comma162</p> <p>assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;</p>	<p>DPCM 12/01/2017 art. 22</p> <p>Cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso</p>
		<p>DPCM 12/01/2017 art. 22</p> <p>Cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso;</p>
		<p>DPCM12/01/2017art.22</p>

		<p>Cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi</p>
		<p>medici monouso, dell'assistenza protesica, nonché dei preparati per nutrizione artificiale a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e di interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver.</p>