



**SOCIETA' DELLA SALUTE AREA PRATESE
GIUNTA ESECUTIVA**

Deliberazione n. 3 del 24.5.2010

Oggetto: Protocollo di intesa tra la Regione Toscana e la SDS Area Pratese per l'attivazione e lo svolgimento dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio – Presa d'atto della sua sottoscrizione e accertamento della misura del contributo regionale per la realizzazione del progetto.

Ente rappresentato	Nome e Cognome	Carica	Quote	Presenti	Assenti
AUSL 4	Massimo Braganti	Direttore amm.vo	33,33	X	
Comune di Prato	Dante Mondanelli	Assessore delegato	50,15	X	
Comune di Cantagallo, Vaiano e Vernio	Paolo Cecconi	Sindaco Comune di Vernio	0,81+2,70 +1,66	X	
Comune di Carmignano e Poggio a Caiano	Fabrizio Buricchi	Assessore delegato	3,74+2,62	X	
Comune di Montemurlo	Nicola Ciolini	Assessore delegato	4,99	X	

Allegati: progetto “dopo l'ospedale è meglio a casa”

Pubblicata all'albo on line del Consorzio dal al

Il responsabile

Il Presidente Dr. Dante Mondanelli

Il Direttore Dr. Riccardo Poli

Ufficio proponente: **Società della Salute Area Pratese**

Estensore: Margherita Ferro

Il giorno 24 maggio 2010
presso i locali della Società della Salute,
su convocazione del Presidente Dr. Dante Mondanelli,

**La Giunta esecutiva
della Società della Salute dell'Area Pratese**

PREMESSO che:

- esiste un'oggettiva difficoltà dei servizi sociali a garantire in tempi brevi una presa in carico come reale alternativa all'istituzionalizzazione e i problemi nella gestione della dimissione protetta dell'anziano dall'ospedale, con particolare riferimento alle difficoltà della famiglia nella gestione delle situazioni di emergenza/urgenza connesse, rischia di imporre al sistema un impegno eccessivamente oneroso se sbilanciato sulla residenzialità;
- occorre ripensare al modo con il quale il sistema dei servizi interviene nei momenti di maggiore criticità per il recupero dell'autonomia funzionale e sociale dell'anziano;
- le cure al domicilio rappresentano un'opportunità importante per il recupero della salute di persone colpite da una malattia invalidante, il rientro al domicilio dopo un ricovero ospedaliero è, per molti, fonte di gravi disagi e difficoltà;
- il percorso ordinario della non autosufficienza non può rispondere alla necessità di garantire risposte agili, flessibili ed immediate alla dimissione, comportando un iter valutativo e procedurale troppo lungo e incompatibile con i tempi di un intervento tempestivo a supportare la dimissione dall'ospedale ed il rientro al domicilio;
- per verificare la funzionalità e i risultati di una nuova e diversa modalità di risposta alle problematiche di pazienti difficili in dimissione ospedaliera, con riconoscimento precoce del bisogno in fase di ricovero e attivazione di un'assistenza domiciliare temporanea attraverso personale OSS e infermieristico, la SDS ha elaborato un progetto denominato "dopo l'ospedale è meglio a casa", approvato dalla Giunta SDS nella seduta del 22/12/2009 e trasmesso in Regione, nella stessa data, confidando nel suo finanziamento;

DATO ATTO che il progetto, allegato alla presente deliberazione a costituirne parte integrante e sostanziale, prevede una sperimentazione di 12 mesi e 2 azioni:

- **Azione 1:** attivazione del Servizio di Continuità Assistenziale Ospedale Territorio (SCAHT), in linea con quanto previsto dalla DGRT n. 1010 dell'1/12/2008, che ha come obiettivo quello di rendere fluida l'attivazione e lo svolgimento dei percorsi di dimissioni, fornendo un reale supporto/intervento sia agli operatori ospedalieri e territoriali che agli assistiti e familiari, prevede l'impegno di due infermieri, in integrazione con un assistente sociale specificatamente identificato, tutti a tempo pieno.
- **Azione 2:** assistenza domiciliare territoriale (A.D.T.) alla dimissione ospedaliera. Il servizio è caratterizzato dalla celerità e semplificazione delle procedure ed è finalizzato a fornire un supporto assistenziale e/o educativo temporaneo al paziente e alla famiglia interessata dalla dimissione ospedaliera, per consentire una più efficiente presa in carico dell'anziano non autosufficiente, in attesa della valutazione multidimensionale e per valutare l'eventuale accesso ai servizi per la non autosufficienza. Il servizio è dedicato, in via prioritaria, ai pazienti con frattura, disturbi neurologici o disturbi cognitivo- comportamentali ed è garantito da diverse figure professionali (Infermiere, Assistente Sociale, OSS e Fisioterapista) a seconda della tipologia, complessità e intensità del bisogno di assistenza espresso dall'utente. Il servizio è previsto per un massimo di 30 gg, in via ordinaria,

prorogabili fino ad un massimo di 45 gg. L'accesso è indipendente dal reddito personale e familiare.

DATO ATTO inoltre che il costo complessivo del progetto è stimato in €243.530,00

VISTO:

- la L.R.T. 40/2005 e smi;
- la L.R.T. 41/2005 e smi;
- il PSR 2008-2010, approvato con DCRT n. 53 del 16.7.2008;
- il PISR 2007/2010, approvato con DCRT n. 113 del 31.10.2007;
- la DGRT n. 1010 dell'1.12.2008, nella quale tra l'altro, si prevede l'integrazione delle attività svolte dai servizi socio-sanitari territoriali, con un organizzazione funzionalmente dedicata alla continuità assistenziale ospedale-territorio, in particolare per le dimissioni ospedaliere difficili;
- la DGRT n. 1282 del 28.12.2009, con la quale è stato approvato il progetto presentato dalla SDS, approvato lo schema di protocollo d'intesa (Allegato A alla deliberazione) tra Regione Toscana e SDS per la sua attivazione, autorizzato il Presidente regionale o suo delegato alla firma del medesimo, nonché assunto l'impegno, per sostenerne il costo mediante erogazione alla Società della Salute di un contributo, di €250.000,00

ATTESO che il protocollo in questione (allegato in atti) è stato sottoscritto in data 14.1.2010 dall'allora Assessore regionale alla sanità Dott. Enrico Rossi e dal Presidente della SDS Area Pratese Dr. Dante Mondanelli;

RITENUTO di dover dare atto di quanto sopra e di accertare la misura del contributo regionale assegnato al Consorzio per la realizzazione del progetto, nella misura di €250.000,00 come risulta dalla delibera regionale sopra citata;

VISTO il parere di regolarità tecnica espresso dal Direttore;

Con le modalità previste dall'art. 11 dello Statuto;

DELIBERA

1. di approvare integralmente la narrativa che precede;
2. di dare atto:
 - a) dell'avvenuta approvazione, da parte della Regione Toscana (DGRT n. 1282 del 28.12.2010), del progetto presentato dalla Società della Salute Area Pratese denominato "*dopo l'ospedale è meglio a casa*", progetto allegato alla presente a costituirne parte integrante e sostanziale;
 - b) della conseguente sottoscrizione, in data 14.1.2010, di un protocollo d'intesa tra Regione Toscana, *nella persona dell'allora assessore alla sanità Dott. Enrico Rossi*, e Società della Salute Area Pratese, *nella persona del suo Presidente Dr. Dante Mondanelli*, per l'attivazione e svolgimento dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio previsti nel progetto di cui alla lettera a);
 - c) dell'impegno finanziario della Regione Toscana a sostenere il progetto mediante erogazione di un contributo di €250.000,00 a favore della Società della Salute, nella

sua qualità di Soggetto pubblico titolare, gestore, in collaborazione con gli Enti consorziati, e attuatore del progetto;

3. di accertare conseguentemente tale importo ai fini della sua contabilizzazione nel bilancio dell'anno 2010
4. di rinviare a successivi atti l'assunzione degli impegni di spesa necessari alla realizzazione del progetto, per le azioni in esso previste;
5. di trasmettere copia del presente atto agli enti aderenti al Consorzio e al Collegio dei revisori dei Conti.
6. di dare pubblicità alla presente deliberazione mediante affissione all'Albo on line del Consorzio per la durata di giorni 10 consecutivi.

Il Direttore
Dr. Riccardo Poli

Il Presidente
Dr. Dante Mondanelli

DELIBERA N. 3 del 24.5.2010

Oggetto: Protocollo di intesa tra la Regione Toscana e la SDS Area Pratese per l'attivazione e lo svolgimento dei percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio – Presa d'atto della sua sottoscrizione e accertamento della misura del contributo regionale per la realizzazione del progetto.

Ai sensi dell'art. 49 – 1° comma del D.lgs 18.8.2000 n. 267, si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica del provvedimento.

Prato, 24/05/2010

IL DIRETTORE DELLA SOCIETA' DELLA SALUTE

Dr. Riccardo Poli

ALLEGATO alla deliberazione di Giunta esecutiva n. 3 del 24.5.2010



dopo l'ospedale è meglio a casa

1 Premessa

L'aumento della vita media ha portato ad un incremento del numero delle persone anziane ed alla conseguente moltiplicazione di richieste di prestazioni e servizi adeguati a questa fascia d'età. L'assenza, molto frequente, di una famiglia attiva (a volte impossibilitata ad occuparsi adeguatamente dell'anziano), di reti amicali, di buon vicinato, quando ancora la povertà, l'esclusione e la solitudine, hanno stimolato e continuano a stimolare, di necessità, il ricorso e la delega alle istituzioni, e conseguentemente la deresponsabilizzazione del singolo e della collettività. Si è consolidato, in un recente passato, un elevato ricorso al ricovero della persona anziana **nelle strutture assistenziali residenziali**.

Questa opzione è stata sostenuta da difficoltà rilevanti nel reperire risorse utili a sostenere un intervento domiciliare tempestivo, temporaneo o continuativo nel tempo, in presenza di strumenti amministrativo-procedurali ancora troppo rigidi e burocratizzati.

Questo ha determinato nel passato una tendenza ad attivare con maggior facilità, anche dietro la pressione crescente dei familiari, l'inserimento in una struttura residenziale degli anziani con autonomia limitata o compromessa.

Sono tante le ragioni a sostegno di una vera e propria inversione di tendenza: l'istituzione annienta l'individualità, rompe i legami con il proprio passato e un dopo, omologa gli ospiti e attutisce le differenze.

Di istituzione ci si può ammalare: nell'istituzione si vive peggio e si muore prima.

Aggiungere vita agli anni e non solo anni alla vita è diventato un imperativo valido non solo per le cure mediche e riabilitative, ma anche per l'approccio globale dell'assistenza alla persona tra le mura della sua casa e nel contesto di vita allargato.

Poiché è comprovato il beneficio derivante alle persone anziane, o inferme, dall'opportunità di rimanere, benché sofferenti e bisognose di cure, presso la propria abitazione, esse devono, possibilmente, continuare a vivere a casa loro, regolarmente assistite.

La permanenza al proprio domicilio è possibile soltanto quando si è in grado di offrire, alla famiglia attiva di riferimento o alle risorse che la stessa già muove per personale deputato (badanti), un'attenzione ed una presa in carico immediata da parte dei servizi sociosanitari.

Chi affianca l'anziano, assistendolo, svolge molto più di un ruolo di supporto ai bisogni e alle necessità domestiche: compie con lui un tratto di strada, condividendolo, ascoltando le paure, aiutandolo a gestire al meglio le ansie e le preoccupazioni del quotidiano. Quella risorsa assistenziale è troppo importante per rischiare di perderla.

Oggi, invece, le difficoltà dei servizi sociali a garantire in tempi brevi una presa in carico come reale alternativa all'istituzionalizzazione e i problemi nella gestione della dimissione protetta dell'anziano dall'ospedale, con particolare riferimento alle difficoltà della famiglia nella gestione delle situazioni di emergenza/urgenza connesse, rischia di imporre al sistema un impegno eccessivamente oneroso se sbilanciato sulla residenzialità.

Per questo motivo occorre ripensare al modo con il quale il sistema dei servizi interviene nei momenti di maggiore criticità per il recupero dell'autonomia funzionale e sociale dell'anziano, per il rischio di rottura della tenuta dell'ambiente familiare ed assistenziale, per la necessità di valorizzare le risorse di assistenza personale professionale presenti nelle famiglie. Uno di questi momenti è rappresentato proprio dalla dimissione ospedaliera di un anziano fragile.

AZIONE 1: ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE OSPEDALE TERRITORIO

Se le cure al domicilio rappresentano un'opportunità importante per il recupero della salute di persone colpite da una malattia invalidante, il rientro al domicilio dopo un ricovero ospedaliero non è sempre una fase semplice da affrontare e, per molti, può essere fonte di gravi disagi e difficoltà.

Infatti si passa da una assistenza sanitaria di 24 ore su 24 ad un livello assistenziale ridotto nel tempo e nella intensità, con forte carico sulla famiglia.

Gli attuali servizi di assistenza domiciliare sanitaria, sociosanitaria e sociale, non hanno saputo eliminare ancora tutte le difficoltà burocratiche, di coordinamento e di rapida integrazione dei diversi attori assistenziali finalizzati su piani assistenziali personalizzati.

D'altra parte il percorso ordinario della non autosufficienza non può rispondere alla necessità di garantire risposte agili, flessibili ed immediate alla dimissione, comportando un iter valutativo e procedurale troppo lungo e incompatibile con i tempi di un intervento tempestivo a supportare la dimissione dall'ospedale ed il rientro a domicilio.

L'attuale procedura di gestione delle dimissioni difficili dall'Ospedale Misericordia e Dolce dell'Azienda Usl 4 di Prato, gestita dal PUA operativo che riceve le segnalazioni direttamente dai reparti, ha evidenziato alcuni limiti e criticità:

1. la procedura è concentrata solo su una piccola parte delle dimissioni che necessitano una continuità alla dimissione, ed in particolare solo i casi socialmente complessi per l'assenza di una famiglia o l'impossibilità della medesima di farsi carico dell'assistenza: il numero delle segnalazioni ricevute nel 2008 era di 303, pari all'1,3% delle dimissioni totali per ricoveri ordinari dell'Ospedale Misericordia e Dolce, contro un 4-5% del bisogno di dimissioni protette stimato in letteratura;
2. i reparti ospedalieri segnalano con ritardo e in maniera inappropriata: nel 2008 il tempo medio per la segnalazione era di 11,1 giorni dall'inizio del ricovero e solo nella metà dei casi la segnalazione ha esitato in una presa in carico;
3. la difficoltà ad attivare tempestivamente la presa in carico e la netta prevalenza della risposta residenziale: nonostante la tempestività della valutazione del gruppo di progetto territoriale (in media 1,6 giorni dopo la segnalazione dal reparto, infermiere e assistente sociale dell'articolazione distrettuale di residenza dell'assistito si erano recati in ospedale per la valutazione), il tempo necessario ad attivare la risposta assistenziale dal momento della segnalazione sono 19 giorni; in circa il 55% dei casi inoltre la risposta è stata l'inserimento in struttura residenziale sanitaria e in meno del 25% la risposta è stata un piano di assistenza domiciliare;

Alla luce di queste considerazioni, anche in linea con quanto indicato dalla Delibera GRT n. 1010 del 1/12/2008 si prevede l'attivazione del **Servizio per la continuità Assistenziale Ospedale - Territorio** (SCAHT) che ha come obiettivo quello di rendere fluida l'attivazione e lo svolgimento dei percorsi di dimissione, fornendo un reale supporto/intervento sia agli operatori ospedalieri e territoriali che agli assistiti e familiari.

Lo SCAHT svolge una funzione di facilitatore per i reparti dell'ospedale nella pianificazione della dimissione difficile, favorendo l'approccio ai servizi territoriali, sia dal punto di vista dei servizi sanitari che sociali, agevolando anche il contatto tra servizi territoriali e paziente e familiari.

L'attività dello SCAHT è svolta prevalentemente attraverso una figura infermieristica (2 infermieri a tempo pieno dedicato), in integrazione con un assistente sociale specificamente identificato (dedicato e a tempo pieno), attivabile per la valutazione socio-familiare ed ambientale, e in integrazione con il medico di attività sanitarie di comunità, delegato dal responsabile della UVM zonale, che garantisce lo svolgimento della p.U.V.M. nel caso di un bisogno integrato o di un percorso assistenziale per anziano non autosufficiente.

Il servizio SCAHT occupandosi, in modo dedicato, della prima valutazione funzionale e dell'analisi dei bisogni del paziente segnalato dal reparto, svolge una prima azione di filtro e di indirizzo verso il percorso più appropriato per la dimissione; deve perciò possedere esperienza e conoscenza della struttura e dei meccanismi dell'ospedale e del territorio, in modo da supportare il personale del reparto nell'identificazione dei soggetti con bisogno di continuità di cure, nell'attivazione di una comunicazione tra reparto e MMG del paziente, e, in quanto facilitatore dell'intero percorso, nel rappresentare un punto di riferimento per i familiari ed il paziente, in integrazione con l'assistente sociale.

In particolare, le attività svolte dallo SCAHT sono le seguenti:

-
- **Individuazione del paziente a rischio:** il personale di reparto, entro 48-72 ore dal ricovero, una volta stabilizzate le condizioni cliniche, somministra, a tutti i pazienti ultra65enni e ai soggetti di età <65 anni per i quali si ritiene necessario un percorso di dimissione programmata, la scheda di osservazione che determina l'*Indice di BRASS* (Blaylock Risk Assessment Screening Score) strumento utile ad identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata e che necessitano di una pianificazione della dimissione. Quando l'indice di rischio è medio e alto, il medico di reparto, o la caposala delegata, contatta lo SCAHT, secondo gli orari stabiliti: dal lunedì al sabato, ore 9.00-13.00.
 - **Contatto con il Medico di Medicina Generale del paziente:** il medico di reparto provvede direttamente, o attraverso l'Infermiere dello SCAHT, a contattare e ad avvisare il MMG del paziente dell'avvenuto ricovero e della segnalazione di attivazione del percorso di continuità assistenziale ospedale-territorio.
 - **Prima valutazione dei bisogni sociosanitari:** l'Infermiere dello SCAHT, dopo avere ricevuto la segnalazione, per fax o per contatto diretto col reparto, si reca in reparto per effettuare la valutazione dei bisogni sanitari del paziente ed una prima raccolta di elementi di rilevanza sociale, tramite la compilazione della *scheda di continuità assistenziale ospedale-territorio* raccordandosi con il medico e l'infermiere di reparto.
 - **Contatto con i familiari del paziente** per una migliore comprensione delle necessità e dei bisogni del paziente e delle condizioni che possano essere di ostacolo ad un eventuale rientro al proprio domicilio; gli operatori dello SCAHT, in particolar modo l'infermiere, svolgeranno anche una funzione di supporto e punto di riferimento durante il periodo di ricovero e nella fase di passaggio della presa in carico dall'ospedale al territorio.
 - **Individuazione del percorso da attivare alla dimissione:** assistenza domiciliare sociale semplice (attraverso il servizio sociale del presidio di residenza), assistenza domiciliare sanitaria semplice o integrata - ADI - (attraverso il medico ASC e l'Assistenza

Infermieristica del presidio sociosanitario di residenza del paziente), assistenza sociosanitaria per non autosufficienti - RSA, Domiciliare SAD, Contributi di Cura - (attraverso la valutazione UVM in sede ospedaliera), Assistenza Domiciliare Territoriale - ADT

In un momento così delicato come quello delle dimissioni dall'Ospedale, i professionisti ed i servizi devono affiancare il cittadino ed i suoi familiari perché insieme sia possibile definire il percorso più opportuno per una buona prosecuzione delle cure ed il recupero dell'autonomia.

La pianificazione della dimissione e la programmazione della riposta di continuità assistenziale risulta essenziale in particolar modo per i pazienti "fragili", prevalentemente anziani, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza.

Il passaggio di un paziente anziano e/o "complesso", dall'ospedale al domicilio o ad un'altra struttura territoriale, è pertanto un momento critico, denso di rischi che richiede una speciale attenzione alla comunicazione, alla programmazione e al coordinamento tra i due poli del trasferimento e gli attori che presidiano il passaggio dall'ospedale al domicilio devono poter disporre di risorse assistenziali certe e facilmente attivabili.

AZIONE 2 ASSISTENZA DOMICILIARE TERRITORIALE ALLA DIMISSIONE OSPEDALIERA (ADT)

Obiettivo

L'attivazione di un servizio domiciliare alla dimissione ospedaliera caratterizzato dalla celerità e semplificazione delle procedure è finalizzato a fornire un supporto assistenziale e/o educativo temporaneo al paziente e alla famiglia interessata dalla dimissione ospedaliera, per consentire una più efficiente presa in carico dell'anziano non autosufficiente, in attesa della valutazione multidimensionale e per valutare l'eventuale accesso ai servizi per la non autosufficienza.

Target assistiti

Il servizio è rivolto prioritariamente agli anziani fragili ricoverati presso l'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato, identificati dal servizio SCAHT come eleggibili al servizio.

I criteri principali di eleggibilità sono i seguenti:

1. assistito di età maggiore di 65 anni, residente nell'area pratese;
2. paziente con limitata autonomia funzionale con bisogno di assistenza alla persona e di supporto educativo, personale o familiare, per la tutela delle autonomie residue ed il parziale recupero delle capacità personali o del caregiver familiare;
3. contesto familiare assente oppure presente ma non in grado di farsi carico del bisogno o di parte di esso;

Il servizio è dedicato in via prioritaria ai pazienti con frattura, disturbi neurologici o con disturbi cognitivo-comportamentali,

Modalità di attivazione

L'attivazione del servizio avviene direttamente per iniziativa e responsabilità del Servizio SCAHT che identifica l'anziano sulla base della valutazione fatta in vigenza di ricovero; lo SCHAT ratifica, assumendo le funzioni della p.U.V.M., il progetto assistenziale precisando il numero di accessi e le tipologie di prestazione.

Il coordinamento del servizio specifico è affidato quindi al medico ASC delegato dal responsabile della UVM zonale.

Modalità di erogazione

Il Servizio di Assistenza Domiciliare Territoriale (A.D.T.) è garantito da diverse figure professionali (Infermiere, Assistente sociale, OSS e Fisioterapista) a seconda della tipologia, complessità e intensità del bisogno di assistenza espresso dall'utente.

- L'assistenza alla persona è realizzata attraverso una convenzione con una Cooperativa sociale che mette a disposizione personale OSS adeguatamente formato.

Le prestazioni garantite sono così riassumibili:

- Igiene della persona
- Mobilizzazione, uso ausili e protesi
- Cambio postura, prevenzione e controllo ulcere da pressione
- Monitoraggio utente

L'intensità dell'intervento è così articolato in tre grandi tipologie:

1) persona con livello di autosufficienza parziale e rete familiare presente e collaborante nella gestione del carico assistenziale (es. coniuge autosufficiente e figli lavoratori conviventi):

1 solo intervento al giorno di 1h e 30' da parte dell'OSS.

2) persona con livello di autosufficienza parziale e famiglia con limitata capacità nella gestione del carico assistenziale (ad es. coniuge anziano convivente e figli lavoratori non conviventi):

2 interventi al giorno con un operatore, uno di 1h e 30' al mattino e uno di 30' al pomeriggio.

3) persona non autosufficiente con rete familiare presente e collaborante: 2 interventi al giorno, uno di 1h e 30' al mattino e uno di 1h al pomeriggio

L'operatore della cooperativa agisce con la supervisione dell'Infermiere dello SCHAT e garantisce il raccordo con gli operatori sociali o sanitari del distretto di residenza.

L'operatore inoltre, utilizza il sistema informativo delle cure domiciliari per la registrazione delle prestazioni effettuate e le annotazioni assistenziali relative.

L'Infermiere dello SCHAT, oltre a garantire la visita quotidiana dell'anziano durante il regime di ricovero, effettua la prima visita domiciliare entro 24/48 ore dalla dimissione, congiuntamente all'operatore sociosanitario ed eventualmente assieme all'assistente sociale e il fisioterapista

L'infermiere definisce quindi un piano educativo specifico per paziente e caregiver, finalizzato a supportare l'autogestione della condizione di disabilità e di malattia, facilitando il raccordo con gli altri attori territoriali e con la p.U.V.M. competente. L'Infermiere dello SCHAT garantisce inoltre

un follow up telefonico o domiciliare settimanale, fino al termine del programma di ADT. Si prevede un numero medio di accessi/ore mensili di 6.

- **L'Assistente Sociale** dello SCAHT può intervenire in vigenza di ricovero, su chiamata dell'infermiere, in caso sia da approfondire la valutazione della sfera sociale, ambientale e relazionale dell'anziano. L'assistente sociale, all'occorrenza si recherà con l'infermiere presso il domicilio dell'anziano e si adopererà per attivare eventuali collaborazioni con la rete del volontariato sociale. Si prevede un numero medio di accessi/ore mensili di 6

- Il **Fisioterapista** è attivato dall'infermiere dello SCAHT, in presenza di pazienti con una ridotta autonomia funzionale ed una condizione di disabilità incidente correlata all'evento di ospedalizzazione; il fisioterapista garantirà in questi casi l'avvio di esercizi di attività fisica finalizzati al recupero funzionale della persona già in vigenza di ricovero e da proseguire a domicilio. Per questo motivo il fisioterapista si recherà entro 48 ore dalla dimissione presso il domicilio dell'anziano per valutare la fattibilità effettiva del programma di attività fisica ed effettuare il training dell'anziano e del caregiver per il proseguimento autonomo di tale attività. Si prevede un numero medio di accessi/ore mensili di 6.

Durata dell'intervento

Il servizio è previsto per un massimo di 30gg, in via ordinaria, prorogabili fino ad un massimo di 45gg.

L'accesso al servizio è indipendente dal reddito personale e familiare.

Monitoraggio

Il monitoraggio è effettuato attraverso sia le informazioni inviate al PUA operativo dallo SCHAT al momento dell'attivazione del servizio che mediante i report del sistema informativo integrato delle cure domiciliari.

2 Soggetto pubblico titolare

SdS Area pratese

3 Soggetto pubblico gestore

SdS Area pratese in collaborazione con gli Enti consorziati

4 Soggetto attuatore

SdS Area pratese

5 Responsabile istituzionale del programma
--

Direttore SdS

6 Spesa totale prevista

Costo complessivo del progetto per 1 anno di sperimentazione: €243.530
Ved. Tabella Allegata

7 Finanziamento richiesto

Finanziamento Integrale €243.530

8 Localizzazione dell'intervento

Comuni dell' Area pratese

9 Obiettivi del progetto

- Migliorare la gestione della pianificazione delle dimissioni ospedaliere in funzione della continuità assistenziale ospedale - territorio
- Garantire un percorso sicuro per favorire il rientro al domicilio degli anziani dimessi dall'ospedale, "proteggendone" le dimissioni
- Aumentare l'offerta e la differenziazione delle risposte domiciliari
- Ridurre gli inserimenti urgenti inappropriati in RR.SS.AA. successivi alla dimissione ospedaliera
- Valorizzare e supportare le capacità assistenziali attive dei caregiver familiari e/o del personale professionale incaricato dalle famiglie (badanti)
- Favorire la personalizzazione dei piani di assistenza da parte della UVM e del MMG in condizioni di reinserimento domiciliare stabilizzato

10 Risultati attesi

- Riduzione della durata della degenza di ricoveri con dimissione difficile
- Aumento dei contatti tra medici ospedalieri e MMG in preparazione della dimissione
- Riduzione del numero di programmi ADI attivati ad una settimana dalla dimissione
- Incremento del numero di anziani presi in carico alla dimissione ospedaliera
- Diminuzione degli inserimenti urgenti alla dimissione con riduzione delle liste di attesa per l'ingresso in RR.SS.AA
- Aumento degli anziani beneficiari dei servizi di prossimità attivi nell'ambito della Sorveglianza Anziani Fragili

11 Principali attività previste

Sperimentazione di un nuovo modello di servizio per la continuità assistenziale ospedale-territorio con riconoscimento precoce del bisogno in fase di ricovero (azione 1) e attivazione di un'assistenza domiciliare temporanea attraverso personale OSS e infermieristico.(azione 2) .

12 Contenuti tecnici

Azione 1 e 2

13 Durata complessiva dell'intervento e principali fasi di lavoro

Sperimentazione di mesi 12

14 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del progetto

OSS, infermieri, assistenti sociali.

15 Tipologia di utenza per il Progetto e stima della dimensione (domanda prevista)

Pazienti ultra65enni in dimissione per ricovero ordinario dall'Ospedale Misericordia e Dolce di Prato

Si stima di seguire, in termini di sperimentazione nel corso dei 12 mesi previsti, circa 120 utenti

16 Strumenti ed indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Per quanto attiene gli strumenti e gli indicatori di monitoraggio e valutazione si intende procedere nel seguente modo:

- Valutare il gradimento del servizio attraverso un questionario da somministrare ad utenti o loro familiari al termine della fase di presa in carico dell'ADT, con particolare riferimento all'organizzazione del servizio e all'introduzione di figure di riferimento non mediche per la famiglia
- Valutare i ricoveri ospedalieri nonché gli accessi al Pronto Soccorso nei 6, 12 e 24 mesi successivi alla presa in carico in ADT.
- Valutare gli inserimenti in RSA degli anziani a 6,12, 24 mesi successivi alla presa in carico in ADT.
- Valutare il miglioramento della condizione funzionale dell'anziano al tempo 0, 6 e 12 mesi successivi al termine della presa in carico dell'ADT.
- Effettuare al termine della sperimentazione una valutazione del sistema sperimentale introdotto, attraverso focus group integrati con MMG, Medici Ospedalieri, componente infermieristica e sociale, rappresentanti delle associazioni. I risultati della sperimentazione e dei focus group saranno presentati in occasione di un evento pubblico dedicato alla fragilità e cronicità.

17 Contributo organizzativo e di personale messo a disposizione dalla SdS Area pratese

La Società della Salute di Prato, per la realizzazione del progetto, mette a disposizione tutta la struttura organizzativa attualmente in essere, per l'assistenza agli anziani non autosufficienti.

Si tratta di coordinare le prestazioni e l'organizzazione originale della presente progettualità con le forme organizzative del PUA e dell'UVM territoriali.

L'assetto organizzativo attualmente in essere prevede:

1. il PUA di zona
2. il Gruppo di Progetto
3. l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (U.V.M. zonale)
4. le 4 proiezioni territoriali di UVM (p.U.V.M)
5. i Punti Insieme

1. Il PUA di zona

Il PUA di zona assume le responsabilità di governo e di gestione del FNA e il raggiungimento degli obiettivi del progetto assistenza continua alla persona non autosufficiente, sulla base degli indirizzi e degli obiettivi della SdS.

Il responsabile del PUA è il Direttore della SdS, in quanto delegato da parte del Direttore Generale per le funzioni di responsabile di zona-distretto.

Il PUA di zona svolge le funzioni di governo del FNA avvalendosi del supporto del Gruppo di Progetto di cui al punto 2, per tutta la fase di costruzione dell'assetto.

Il PUA di zona è sovraordinato alla U.V.M. zonale e svolge le attività di programmazione, monitoraggio, valutazione e in particolare:

- I. attua il governo complessivo delle risorse del Fondo Non Autosufficienza provvedendo ad definire, sulla base dello storico e delle valutazioni esplicitate nel programma annuale della non autosufficienza, il budget virtuale da assegnare alle singole p.U.V.M. territoriali;
- II. assicura la contabilità separata delle risorse dedicate;
- III. struttura il sistema informativo socio sanitario e garantisce il debito informativo previsto per il monitoraggio dei dati per l'assistenza ai non autosufficienti;
- IV. cura la comunicazione esterna ai cittadini sul progetto dell'assistenza continua alla persona non autosufficiente, in collaborazione con gli URP comunali e la rete degli sportelli informativi territoriali;
- V. e' responsabile della comunicazione interna ai livelli istituzionali coinvolti (SdS, Azienda Usl, Comuni...) circa l'andamento del programma annuale, assicurando una relazione trimestrale di monitoraggio e valutazione del programma zonale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, verificando per questo periodicamente il raggiungimento degli obiettivi attraverso gli indicatori di processo, appropriatezza ed esito esplicitamente previsti nel progetto;
- VI. contribuisce alla conoscenza delle condizioni di salute della popolazione del territorio e quindi partecipa alla definizione degli obiettivi e delle azioni previste nell'ambito del programma annuale.

Gli obiettivi del PUA di zona, relativamente al Programma annuale per l'Assistenza continua alla persona non autosufficiente, trovano annuale riscontro negli obiettivi di budget assegnati alle strutture operative e funzionali di rispettiva appartenenza (sanitarie, sociali e amministrative, aziendali e comunali, che sono coinvolte e responsabilizzate nel progetto stesso).

Il PUA di zona si avvale inoltre di un livello di supporto operativo garantito da una risorsa infermieristica e un collaboratore amministrativo per svolgere le seguenti funzioni:

- I. operare per la continuità assistenziale e gestire il percorso delle dimissioni ospedaliere difficili che sono riconducibili a bisogni propri della non autosufficienza temporanea in fase di attivazione di un percorso di continuità ospedale – territorio;
- II. centralizzare e organizzare tutte le informazioni sui percorsi territoriali attivati, sanitari, sociali e sociosanitari, mediante l'utilizzo dei dati di attività e spesa, provenienti dai flussi informativi regionali, aziendali o degli enti comunali o provvedendo direttamente nella forma e nella sostanza alla raccolta di informazioni, sulla base delle indicazioni del responsabile del PUA, della direzione sanitaria e dei Comuni;
- III. coordinare operativamente il funzionamento dei Punti Insieme, sia del livello di "Informazione" sia di "Ascolto" professionale, curando in particolar modo gli aspetti di omogeneità di accesso e informazione e verificando la corretta e uniforme applicazione delle procedure operative dei diversi punti territoriali.

Il PUA di zona nello svolgimento dei compiti a questo livello, è supportato dalla p.U.V.M. del presidio sociosanitario di Via Giubilei (medico distretto, infermiere, assistente sociale).

2. Il Gruppo di Progetto

Il Gruppo di Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, conformemente alle linee di indirizzo regionali ed in base alla delibera n.50/2008, che lo costituiva, si compone delle seguenti figure:

- il responsabile della U.O. Assistenza Sociale Professionale - Coordinatore dei Servizi Sociali

- il coordinatore Assistenza Sanitaria Territoriale
- il responsabile della U.F. Assistenza Primaria
- il responsabile U.O. Assistenza Infermieristica Territoriale
- il direttore della U.O. Gestione Amministrativa Macrostrutture Aziendali
- un rappresentante per i Comuni con delega
- un dirigente per il Comune di Prato

Il Gruppo di Progetto si avvale, inoltre, del supporto dei responsabili dei Sistemi Informativi della ASL 4 Prato e del Comune di Prato e dei responsabili organizzativi sociali: il responsabile Assistenza Sociale Anziani Servizi alla Persona del Comune di Prato, il responsabile U.F. Assistenza Sociale Territoriale per i percorsi domiciliari e il responsabile U.F. Assistenza Sociale Residenziale per i percorsi residenziali e semiresidenziali.

Il Gruppo di progetto sarà integrato opportunamente da altre figure laddove l'istituendo FNA della Regione Toscana sia esteso anche alle disabilità negli adulti .

3. La U.V.M. zonale

La U.V.M. zonale è lo strumento per la gestione del FNA da parte del PUA di zona. Essa è costituita con atto del Direttore della SdS che provvede ad assegnarne il coordinamento ad un componente individuato di concerto con il Direttore Generale dell'Azienda USL 4.

La U.V.M. zonale svolge le seguenti funzioni:

- I. assicura la disponibilità delle risorse assegnate presso le 4 p.U.V.M. ai fini di attuare i PAP predisposti e sottoscritti con il cittadino e la famiglia;
- II. garantisce presso le p.U.V.M. l'unitarietà dell'applicazione delle procedure di funzionamento e di attivazione delle risorse, dei regolamenti per l'accesso al sistema dei servizi e delle prestazioni in ambito zonale;
- III. attua il monitoraggio sulla qualità, appropriatezza e coerenza dell'utilizzo delle risorse nell'ambito dei PAP attivati dalle singole p.U.V.M.;
- IV. fornisce supporto tecnico ai livelli gestionali e direzionali degli enti gestori in occasione di ricorsi da parte dei cittadini relativamente alle decisioni assunte in sede delle p.U.V.M..

La U.V.M. zonale è composta dai responsabili professionali e delle strutture organizzative coinvolte nel sistema della valutazione dei bisogni e della erogazione delle prestazioni, come individuate nella L.R. 66/2008: (a) interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico; b) interventi domiciliari in forma indiretta, tramite titoli per l'acquisto di servizi e sostegno alle funzioni assistenziali e di cura, in coerenza con la programmazione regionale; c) inserimenti in strutture semiresidenziali; d) inserimenti temporanei o di sollievo in residenza; e) inserimenti permanenti in residenza).

Compongono la U.V.M. zonale:

1. il responsabile della U.F. Assistenza Primaria;
2. il responsabile della U.O. Assistenza Sociale Professionale - Coordinatore dei Servizi Sociali;
3. il responsabile della U.O. Assistenza Infermieristica Territoriale.

Sono componenti integrativi dell'UVM zonale, con invito a partecipare alle riunioni strategiche per organizzare l'effettivo impiego delle risorse disponibili ed accertate nei budget derivati, i rispettivi responsabili di settore di cui al gruppo di progetto.

4. Le p.U.V.M.

Le proiezioni della U.V.M. (p.U.V.M.) zonale sono articolazioni operative dell'U.V.M. zonale attraverso le quali si esplica il governo dell'offerta e la gestione integrata dei servizi sociali e sanitari presenti nel territorio.

Obiettivo dell'U.V.M. e delle p.U.V.M. è garantire la valutazione del bisogno sociosanitario complesso in base al protocollo valutativo regionale (Decreto dirigenziale 2197/2008, delibera GRT 402/2004) e la risposta assistenziale appropriata attraverso la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP).

Le funzioni della p.U.V.M. sono quindi:

- la valutazione delle condizioni di bisogno sulla base del protocollo valutativo multidimensionale;
- la definizione del progetto (PAP) attraverso l'individuazione di percorsi assistenziali appropriati sulla base delle linee guida regionali nel rispetto delle procedure definite a livello zonale;
- l'individuazione del referente del progetto;
- la sottoscrizione del progetto/contratto con la famiglia;
- l'attivazione dei PAP;
- la verifica periodica necessaria al monitoraggio degli esiti raggiunti come previsto dal PAP e la ridefinizione, se necessario, del PAP stesso;
- la trasmissione al PUA dei dati relativi ai PAP predisposti e alle ulteriori informazioni definite a livello locale, al fine di adempiere ai flussi informativi regionali e consentire al PUA un'efficace azione di monitoraggio, supervisione e valutazione;
- la segnalazione alla U.V.M. zonale delle criticità emerse nelle diverse fasi del processo di presa in carico (accoglienza utente, valutazione dei bisogni, definizione PAP, sottoscrizione contratto, gestione fase pre contestazione/ricorso, attivazione risposta assistenziale, monitoraggio della stessa).

Le p.U.V.M. sono composte da un nucleo stabile formato dalle seguenti figure professionali:

- un medico di assistenza sanitaria di comunità;
- il coordinatore infermieristico di uno dei presidi sociosanitari dell'articolazione;
- il coordinatore sociale di uno dei presidi sociosanitari dell'articolazione.

Ai fini della migliore lettura del bisogno e della definizione più appropriata del PAP, la p.U.V.M. è integrata ordinariamente dagli operatori sanitari e sociali che abbiano effettuato la valutazione multidimensionale secondo il protocollo valutativo regionale.

Il MMG della persona valutata integra di volta in volta la p.U.V.M. partecipando sia in fase di valutazione del bisogno, attraverso la compilazione della scheda clinica, che in fase di predisposizione del PAP.

Inoltre è garantito l'apporto, nei casi che lo richiedano, delle competenze di professionalità specialistiche e di operatori della riabilitazione.

La p.U.V.M. si avvale del supporto del geriatra per l'attività valutativa e progettuale relativa ai pazienti anziani, in particolare nei casi a maggiori complessità sanitaria.

I responsabili della p.U.V.M., titolari delle funzioni di coordinamento, sono individuati tra i Medici dell'U.O. Assistenza Sanitaria di Comunità.

5. I Punti Insieme

Sono la porta di accesso ai servizi territoriali per le persone non autosufficienti o i loro familiari. e fanno parte del sistema integrato dei servizi sanitari, sociali e sociosanitari.

Si caratterizzano per la loro elevata prossimità al cittadino in quanto presenti in tutti e 9 i presidi sociosanitari dell' Area pratese.

Svolgono la funzione di prima accoglienza, garantiscono l'informazione alla persona che presenta un bisogno, orientano il cittadino nella rete dei servizi e attivano il percorso per la valutazione multidimensionale del bisogno.

Nel territorio pratese sono presenti 9 Punti Insieme: uno per ogni presidio distrettuale (Vaiano, Vernio, Prato Nord, Montemurlo, Prato Ovest, Prato Centro-Est, Prato Sud, Poggio a Caiano e Carmignano).

I Punti Insieme sono strutturati operativamente su due livelli di funzionamento:

- ✓ **Punto Insieme Informazione:** fornisce informazione e accoglienza della domanda, dà accesso su prenotazione al Punto Insieme Ascolto; è garantito da un operatore di sportello.
- ✓ **Punto Insieme Ascolto:** effettua un ascolto professionale ed integrato (garantito dalle figure di assistente sociale e infermiere), per una prima lettura e analisi del bisogno e l'avvio della procedura di presa in carico attraverso la valutazione della U.V.M. e la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato, condiviso con la persona e la famiglia. E' allegato ma parte integrante della presente delibera il regolamento di funzionamento delle p.U.V.M. territoriali.

Figura 1
Il Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente nell'Area Pratese
Assetto Organizzativo

