



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE

FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea Magistrale in Management Pubblico e dei Sistemi Socio Sanitari

**LA DIMISSIONE PROTETTA COME PRATICA DI
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA.
L'ESPERIENZA DELL'INRCA.**

PROTECTED RESIGNATION AS A SOCIAL HEALTH
INTEGRATION PRACTICE. THE EXPERIENCE OF THE INRCA.

Relatore: Chiar.mo
Prof. ssa Carla Moretti

Tesi di Laurea di:
Cristina Ilari

Anno Accademico 2021 – 2022

INDICE

INTRODUZIONE	Pag.1
CAPITOLO 1 - INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E DIMISSIONE PROTETTA: IL CONTESTO NAZIONALE	Pag.4
1.1 Lo sviluppo dell'integrazione sociosanitaria e della dimissione protetta nel sistema italiano delle cure	Pag.4
1.2 I decreti degli anni duemila e i Piani Sanitari Nazionali e Regionale	Pag.16
1.3 L'integrazione sociosanitaria in ambito ospedaliero	Pag.19
1.4 Il percorso di dimissione protetta ospedaliera: le fasi fondamentali	Pag.24
1.5 I soggetti coinvolti	Pag.27
1.6 Buone prassi di dimissione protetta: la regione Emilia Romagna	Pag.33
CAPITOLO 2 - INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E DIMISSIONE PROTETTA NELLA REGIONE MARCHE	Pag.40
2.1 Dal Piano Sanitario Regionale al Piano Socio Sanitario regionale: evoluzione concettuale	Pag.40
2.2 Il PSSR regione Marche 2020-2022 e la dimissione protetta	Pag.45
2.3 Il nuovo impianto normativo regionale della dimissione protetta	Pag.48
2.4 Lo scenario socio-demografico della regione Marche	Pag.50
2.5 La mission dell'INRCA	Pag.51
2.6 Il Servizio Sociale Ospedaliero INRCA	Pag.57

2.7 I Gruppi di lavoro dimissione protetta INRCA: procedure operative	Pag.60
2.8 Il Sistema Informativo per la Rete del Territorio	Pag.65
CAPITOLO 3 – INDAGINE SULLE DIMISSIONI PROTETTE INRCA	Pag.67
3.1 Il percorso della ricerca	Pag.67
3.2 Analisi dei dati: INRCA Ancona 2018-2021	Pag.70
3.3 Analisi dei dati: INRCA Fermo 2018-20	Pag.73
3.4 Le interviste	Pag.76
3.5 Osservazioni e prospettive	Pag.86
CAPITOLO 4 - PNRR, INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E DIMISSIONE PROTETTA: NUOVE SFIDE	Pag.91
4.1 Le missioni del PNRR: la salute	Pag.91
4.2 Lo sviluppo dell'assistenza territoriale e rilancio del SSR regione Marche	Pag.94
4.3 L'integrazione sociosanitaria e la dimissione protetta nel PNRR Marche	Pag.99
4.4 Le prospettive future della dimissione protette	Pag.102
CONCLUSIONI	Pag.104
BIBLIOGRAFIA	Pag.107
SITOGRAFIA	Pag.109
ALLEGATI	Pag.110

INTRODUZIONE

La dimissione protetta è un insieme di azioni che costituiscono il processo del passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un altro setting assistenziale, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale. Tale tipo di approccio multidisciplinare di pianificazione della dimissione, sviluppato prima che il paziente sia dimesso, migliora la qualità della vita, l'integrazione fra ospedale e territorio e tra i professionisti socio-sanitari coinvolti nel processo di assistenza e cura, oltre a ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata nei pazienti anziani, disabili e fragili.

Il percorso di dimissione protetta può essere definita una pratica di integrazione socio sanitaria e si applica in accordo con il paziente, la famiglia, gli operatori sanitari e sociali della struttura ospedaliera e prevede un coordinamento tra il medico curante e i servizi sanitari del territorio di appartenenza.

Il primo capitolo di questo lavoro di tesi propone lo sviluppo dell'integrazione socio sanitaria e della procedura di dimissione protetta nel sistema italiano delle cure a livello nazionale. Viene poi descritto il percorso di dimissione protetta, le sue fasi fondamentali ed i soggetti coinvolti; infine, viene

presentato un modello di “buona prassi” del percorso di dimissione protetta sviluppato nella regione Emilia Romagna .

Il secondo capitolo è dedicato allo sviluppo dell’integrazione sociosanitaria e delle dimissioni protette nella regione Marche. Nella prima parte è descritta l’evoluzione della tematica dell’integrazione sociosanitaria contenuta nei piani regionali sanitari e sociali e presentato il nuovo impianto normativo di dimissione protetta della regione Marche. La seconda parte del capitolo descrive le attività dell’ IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) INRCA (Istituto Nazionale Ricovero e Cura Anziani) che, attraverso l’adozione di procedure operative specifiche, ha elaborato precisi percorsi di dimissione protetta del paziente anziano fragile.

Il capitolo terzo è dedicato all’esperienza dell’IRCCS INRCA in merito alle dimissioni protette sia presso il POR (Presidio Ospedaliero di Ricerca) INRCA di Ancona che di Fermo; verranno presentati gli elementi mersi da un’indagine di tipo quantitativo, attraverso un’analisi di dati empirici relativi ai ricoveri ospedalieri, e qualitativo, che ha coinvolto i responsabili dei servizi INRCA di Ancona e Fermo e gli operatori assistenti sociali impegnati nelle organizzazioni preposte all’attivazione di dimissione protetta, dell’INRCA di Ancona e dell’Area Vasta 4 di Fermo.

Il quarto ed ultimo capitolo, infine, introduce alle nuove disposizioni dichiarate nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), dove si inizia a

vedere un cambiamento nell'offerta dei servizi, attraverso la riorganizzazione dell'assistenza territoriale mediante l'istituzione delle Case di Comunità (CdC). Questo nuovo modello di assistenza offre interessanti prospettive future rispetto alla dimissione protetta, poiché il paziente è sempre al centro dell'assistenza e la sua condizione di fragilità deve essere valutata con un significato di prevenzione/promozione per la qualità della sua vita.

CAPITOLO 1

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E DIMISSIONE PROTETTA: IL CONTESTO NAZIONALE

1.1 LO SVILUPPO DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E DELLA DIMISSIONE PROTETTA NEL SISTEMA ITALIANO DELLE CURE

L'integrazione sociosanitaria è tra le principali politiche pubbliche messe in campo per affrontare il passaggio dal sistema tradizionale di salute a un modello più aderente alle caratteristiche della situazione contemporanea, profondamente mutata rispetto al passato.

Essa consiste in “un insieme di pratiche, strumenti, culture e competenze professionali che cerca di far integrare il settore sanitario con quello sociale per il raggiungimento di scopi comuni” (Bissolo e Fazzi, 2005, p.15).

Il termine “integrazione” deriva dal verbo latino *integrare*, il quale associa il significato di “rendere completo, o più valido, più efficace, aggiungendovi ulteriori elementi” (Zanichelli, 1999, p.920).

Per il carattere plurimo, multiforme, transdimensionale dell'integrazione

sociosanitaria vi è addirittura chi ne ha parlato nei termini di un obiettivo molto desiderabile ma altrettanto sfuggente: Jon Glasby, in un editoriale sul “ British Medical Journal”, ha ribadito la necessità per tutti i sistemi di salute di perseguire l’integrazione dei servizi socio sanitari, evidenziando tuttavia gli ostacoli che si frappongono alla sua realizzazione, che lo studioso inglese accomuna per complessità alla più ben famosa ricerca del Sacro Graal”(Glasby, 2017, vol.356, p.801).

In Italia, da oltre quarant’anni, il tema della integrazione sociosanitaria è al centro del dibattito degli studiosi; le riflessioni in merito non possono che interagire con la produzione normativa che più volte, nel corso degli anni, è intervenuta sul tema.

L’excursus che segue ha inizio dai fondamenti delle politiche sociali e sanitarie a partire dalla carta Costituzionale del 1948 fino ad arrivare ai giorni nostri.

Nei Principi fondamentali della *Costituzione* troviamo i pilastri su cui si baserà l’articolazione dei servizi, gli artt. 2 e 3: nel primo la Repubblica si impegna a riconoscere e garantire i diritti inviolabili dell’uomo, richiedendo nel contempo “l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”; nel secondo articolo viene enunciato il principio di eguaglianza sostanziale, dove, accanto alla previsione dell’uguaglianza dei cittadini di fronte alla legge, viene indicato come compito della Repubblica quello

di “rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che limitando di fatto la libertà e l’uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona, umana”. Questi due articoli, capisaldi della Costituzione (Costituzione della Repubblica Italiana) insieme all’art.32 del diritto alla salute, sono estremamente significativi per il sistema dei servizi: essi presuppongono, infatti, un sistema integrato di servizi alla persona che, sebbene operanti in settori diversi, sono accomunati dal fatto di considerarsi in modo unitario, cioè nella globalità delle sue esigenze ed aspirazioni.

Negli anni Settanta ed Ottanta ha inizio una vasta produzione normativa, sebbene frammentaria, nel settore sanitario ed in quello sociale, specificatamente sul versante degli Enti Locali. Alla fine degli anni settanta nascono, di fatto, i presupposti per l’integrazione socio sanitaria: i D.P.R. 616/77 e la L. 833/1978. Il D.P.R 616 è relativo al trasferimento alla regioni delle funzioni amministrative e con esse i “servizi sociali”, con un’attribuzione in capo agli enti locali di tutte le competenze in materia e la L. 833/1978 è la norma istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L’ultima normativa di questi anni in tema di integrazione socio-sanitaria è costituita dalla L. 595/5/85, “Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario nazionale triennale 1986/88”.

Negli anni novanta si osserva un’intensa produzione legislativa, sia in ambito sanitario che amministrativo; appaiono inoltre le prime normative a

carattere espressamente sociale, seppur per campi di intervento specifici nei quali è presente in maniera esplicita la tematica dell'integrazione socio sanitaria.

In sanità, nei primi anni novanta, le norme che trattano del tema dell'integrazione socio sanitaria sono i Decreti Legislativi n. 502/92 e n. 517/93: atti che sono spesso citati insieme, ma il secondo documento apporta solo alcune modifiche al primo. I due decreti legislativi riformulano gran parte della L. 833/78, dando al SSN una decisa svolta in senso aziendalistico: nel documento viene attribuito nuovo status alle Unità Sanitarie Locali (USL), gli ospedali più grandi diventano aziende e viene definito il ruolo dell'ente locale. Nell'art.1 del Decreto si parla dell'integrazione funzionale operativa dei servizi socio-assistenziali degli enti locali.

In merito al settore sanitario, il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 1994/1996 è il primo Piano Sanitario Nazionale che inizia con l'esposizione, sin dai principi di fondo, dell'analisi della realtà nazionale per poi andare ad individuare le priorità di intervento, i progetti obiettivo e le azioni programmate da sviluppare in tutto il territorio nazionale. Oltre all'obiettivo di razionalizzare la spesa e con l'obiettivo di dare continuità alle norme precedenti, il Piano 94/96 ipotizza un "sistema di integrazione sociosanitaria che permetta di dare risposte qualificate a costi relativamente contenuti (Punto2.a), coinvolgendo nei progetti assistenziali diverse componenti della rete formale e informale che si estende attorno all'ammalato cronico (www.salute.gov.it).

Il successivo PSN 1998/2000 costituisce la prima normativa nazionale in cui il tema dell'integrazione sociosanitaria viene trattata in maniera organica.

Già nella *Premessa* del documento, una delle idee forti messe alla base è quella di percorrere la strada dell'integrazione sociosanitaria e specifica che ciò si rende necessario in quanto “la complessità di molti bisogni richiede la capacità di erogare risposte fra loro integrate , in particolare socio sanitarie” (Piano Sanitario Nazionale 1998/2000).

Ma è nella *Parte II* che il Piano si dedica alla materia dell'integrazione sociosanitaria e la declina nei tre livelli ai quali deve essere attuata e verificata:

- Istituzionale: nella collaborazione fra istituzioni diverse;
- Gestionale: a livello di strutture operative, attraverso gli approcci multidimensionali e la metodologia di lavoro per progetti;
- Professionale: attraverso la costituzione di unità valutative integrate, la gestione unitaria della documentazione, la definizione di specifiche responsabilità .

Il tema dell'integrazione viene ulteriormente approfondito nella Parte II nel descrivere l' assistenza domiciliare integrata, come luogo di collaborazione tra le diverse professionalità; indica il distretto, quale struttura operativa dell'Azienda Usl come il “centro servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale”(www.salute.gov.it).

Nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria il processo iniziato con il PSN 1998/200 viene portato avanti dalla L. 419/98 e, con la realizzazione attraverso il

D.Lgs. 229/99, della cosiddetta riforma sanitaria ter. La legge indica, tra i criteri cui dovrà attenersi il decreto, di “prevedere tempi, modalità e aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali al fine di assicurare livelli uniformi delle prestazioni socio sanitarie ad alta integrazione sanitaria” (art. 2, c.1).

Il D.Lgs 229/99 costituisce una nuova e radicale inversione di tendenza rispetto ai decreti del 1992 e 1993. Introduce all’art. 1 il tema dei “livelli essenziali ed uniformi di assistenza” da garantire su tutto il territorio nazionale. Questa questione assumerà grande importanza in seguito alla riforma costituzionale del 2001. Da un lato, il decreto prosegue nel processo di aziendalizzazione della USL (Unità Sanitarie Locali) e dall’altro ricrea un legame a livello di programmazione regionale con gli enti locali, istituendo la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale, con la quale esprime osservazioni sul progetto di Piano Sanitario Regionale. L’articolo 3 del decreto riguarda il tema dell’integrazione sociosanitaria identificando il distretto come luogo dei servizi di assistenza primaria e delle attività socio sanitarie e dove viene definita la localizzazione dei servizi integrati e dove vengono determinate le risorse per l’integrazione sociosanitaria. All’art 3-septies sono definite le prestazioni sociosanitarie come “tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in

grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione”. Sempre nell' art3-septies si effettua una distinzione delle prestazioni socio sanitarie, secondo il principio della prevalenza: *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria.*

La riforma del Titolo V della Costituzione, intervenuta con la legge n. 3/2001, nel ridefinire all'articolo 117 le competenze di Stato e regioni, ha ridisegnato anche le competenze in materia sanitaria. Interviene sui principi su cui si fonda il nostro Servizio Sanitario Nazionale che sono:

- L'unitarietà dei livelli di assistenza su tutto il territorio.
- L'equità d'accesso ai servizi per tutti i cittadini.
- La solidarietà fiscale quale forma fondamentale di finanziamento del sistema.

Tali principi sono attuati mediante l'erogazione delle prestazioni e dei servizi ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I livelli essenziali di assistenza sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini con le risorse pubbliche in modo completamente gratuito o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Le prestazioni e servizi ricompresi nei LEA sono erogati uniformemente su tutto il territorio nazionale. Ad oggi, i LEA sono definiti con DPCM, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni. Nel complesso il nuovo articolo 117 della Costituzione determina

l'ampliamento delle materie di competenza esclusiva dello Stato, la soppressione della competenza concorrente tra Stato e Regioni e l'individuazione di materie di competenza legislativa regionale, tra queste la sanità.

Per quanto riguarda la disamina della normativa degli anni duemila sicuramente la svolta in campo sociale viene data dalla "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", n. 328 del 2000. Norma molto attesa nel settore sociale con la quale si propone l'obiettivo di costruire un sistema integrato di interventi e servizi sociali a livello nazionale.

Con la legge 328/2000 si intende superare il concetto assistenzialistico dell'intervento sociale, nel senso che considera il cittadino non come passivo fruitore, ma come soggetto attivo e in quanto tale portatore di diritti, a cui devono essere destinati interventi mirati alla rimozione di situazioni di disagio psico-sociale e di marginalità.

La norma ha un carattere fortemente innovativo e rivoluzionario, soprattutto perché offre concetti molto forti, primo tra tutti che gli interventi ed i servizi sociali debbano essere garantiti attraverso un *sistema integrato*. Viene altresì introdotto il principio dell'universalismo selettivo: i servizi e le prestazioni devono essere garantite a tutti i cittadini (italiani, stranieri, profughi, apolidi) ma con priorità di accesso e gratuità garantita alla fasce deboli. Altro aspetto importante nell'ambito delle politiche sociali è la *pianificazione*, della quale vengono delineati i livelli statale, regionale e comunale.

Un altro punto di forza è il concetto che il *government* - in cui la Pubblica Amministrazione è attore unico nelle politiche sociali- è sostituito dalla *governance* ovvero un sistema che, partendo dall'analisi dei bisogni, alla progettazione e all'implementazione dei servizi vede la presenza di una molteplicità di attori , nella logica della *sussidiarietà*.

La legge quadro istituisce un nuovo organismo deputato alla gestione dei servizi sociali: l'Ambito Territoriale Sociale (ATS) che rappresenta la sede principale della programmazione locale, concertazione e coordinamento degli interventi dei servizi sociali e delle altre prestazioni integrate, attive a livello locale.

In merito alla tematica dell'integrazione sociosanitaria la legge quadro offre una serie di indicazioni che inseriscono l'integrazione con i servizi sanitari nel più ampio quadro della concertazione delle politiche sociali. Infine, la L. 328, fornisce una definizione generale ai “Livelli Essenziali di Assistenza Sociale” (LIVEAS) che le regioni devono prevedere a garantire in ogni ambito territoriale.

Le prestazioni previste dal c. 4 dell'art. 22 alle quali vengono attribuite la qualifica di livelli essenziali sono :

- a) Servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari.
- b) Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari.

c) Assistenza domiciliare.

d) Strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali.

e) Centri di accoglienza residenziali e diurni a carattere comunitario.

In materia sanitaria si avvia una inversione di tendenza grazie al Piano Sanitario Nazionale 1998/2000 che affronta il problema salute superando la dimensione settoriale, centrata sulla terapia, e, propone un approccio globale ai fattori che concorrono alla salute, che si traducono attività in una logica di integrazione socio sanitaria attraverso l'individuazione di aree di bisogno: materno infantile, anziani, handicap, dipendenze, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative. Secondo il Piano, l'integrazione deve essere regolamentata dalle Regioni con i piani sanitari, sociali o sociosanitari, incentivando la gestione integrata dei servizi. Sia il Piano che la Legge n.328 in ambito sociale contengono una costante attenzione all'integrazione sociosanitaria, che verrà sviluppata in seguito a livello di programmazione regionale.

La problematica della dimissione ospedaliera di pazienti fragili e con bisogni assistenziali complessi che necessitano di continuità delle cure, rappresenta una condizione alla quale il sistema sociosanitario ha provveduto offrendo risposte appropriate. Tale condizione è stata inserita come fenomeno da fronteggiare nel Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (approvato dalla Conferenza Unificata Stato Regioni) dove vengono individuati tra i pazienti che

necessitano maggiormente di continuità assistenziale assieme ai pazienti cronici, ovvero “i pazienti post-acuti dimessi dall’ospedale che corrono rischi elevati, ove non adeguatamente assistiti, di ritorno improprio all’ospedale; essi necessitano di competenze cliniche e infermieristiche, con l’affidamento ad un case manager, in una struttura dedicata o a domicilio”(www.salute.gov.it).

La risposta istituzionale a tale situazione di complessità si identifica nell’erogazione alla famiglia, da parte dei servizi territoriali, dell’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che rappresenta, come evidenziato dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello ottenibile di benessere e salute. Gli interventi programmati di ADI tuttavia non sono presenti in modo omogeneo in tutto il territorio nazionale e, anche laddove il servizio venga offerto a pieno regime, spesso rischia di perdere efficacia e appropriatezza se non viene basato su una valutazione condivisa (con relativo piano di assistenza) tra il personale del reparto dimissionario, gli operatori del territorio e lo stesso paziente o la sua famiglia.

Ulteriore situazione di complessità, che si inserisce nel contesto sopra descritto, è infatti l’atavica mancanza di un dialogo tra l’istituzione ospedaliera e i servizi territoriali. Per molto tempo, l’istituzione preposta alla cura è stata considerata esclusivamente quella ospedaliera e questo ha fatto sì che i servizi territoriali di cura venissero sempre in secondo piano e non considerati

fondamentali, quali sono per la long term care, sia per quanto concerne la qualità del servizio offerto, sia per quanto concerne il costo dell'intervento e della presa in carico.

Anche il Patto per la Salute 2014-2016 fa riferimento all'assistenza sociosanitaria e, in particolar modo, all'art. 6: per l'individuazione del setting di erogazione delle prestazioni sociosanitarie (domiciliare, territoriale ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale) e per l'ammissione ad un livello appropriato di intensità assistenziale si fa ricorso alla valutazione multidimensionale effettuata con uno strumento valutativo, del quale, sia stata verificata la corrispondenza con gli strumenti già concordati dalle Regioni con il Ministero della Salute. La valutazione multidimensionale accerta la presenza delle condizioni cliniche e delle risorse ambientali, familiari e sociali, incluse quelle rese disponibili dal sistema dei servizi sociali, che possano consentire la permanenza al domicilio della persona non autosufficiente. Il piano delle prestazioni personalizzato, formulato dall'equipe responsabile della presa in carico dell'assistito, individua gli interventi sanitari, sociosanitari e sociali che i servizi sanitari territoriali e i servizi sociali si impegnano a garantire, anche in modo integrato.

A livello nazionale vi è poi il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12/01/2017¹. Il capo IV riguarda l'assistenza sociosanitaria: il

¹ "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502".

Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza.

1.2 DECRETI DEGLI ANNI DUEMILA E PIANI SOCIO SANITARI NAZIONALI E REGIONALI

Dopo la legge della riforma sanitaria *ter* (D.L. 229/1999) e la Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” (L. 328/2000), l’universo concettuale si è arricchito di un ulteriore requisito, ossia la necessità di definire i livelli essenziali di assistenza sociosanitaria negli ambiti territoriali di gestione dei servizi e di caratterizzarne le modalità di finanziamento sulla base di criteri di equità e di giustizia sociale.

I primi decreti del settore sanitario degli anni duemila definiscono in modo puntuale le materie, le prestazioni e i destinatari del processo attuato attraverso la logica dell'integrazione.

Il D.P.C.M. 14 febbraio 2001,“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie”, stabilisce che i destinatari delle prestazioni

sanitarie e delle azioni di protezione sociale siano persone con bisogni di salute, nell'ambito di progetti personalizzati e sulla base di valutazioni multidimensionali.

Nel decreto la natura del bisogno viene definita tenendo in considerazione le funzioni psicofisiche, le limitazioni delle attività, la partecipazione alla vita sociale ed il contesto familiare e sociale della persona. La complessità dell'intervento è stabilita nella fase intensiva, estensiva e nella fase di lungo assistenza. Le prestazioni dell'area sociosanitaria, in evoluzione da quanto già indicato dal Dlgs 229/99, sono classificate come: prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria.

Il successivo D.P.C.M. 29 novembre 2001 ha previsto i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). I LEA stabiliscono quali siano le prestazioni a carico del sistema sanitario nazionale e quali sono esclusi. Il decreto prevede una tabella dove sono dettagliate le prestazioni, tabella che poi negli anni verrà aggiornata con norme di aggiornamento successive. Da queste norme e da quelle precedenti derivano pratiche integrate e si avviano le unità di valutazione multidimensionali e multiprofessionali, modalità di lavoro integrato fondate sulla necessità di realizzare progetti sempre più personalizzati.

Il successivo Piano sanitario nazionale 2003/2005 punta l'attenzione sulla visione olistica del paziente, la responsabilizzazione dei cittadini, l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, attraverso una programmazione pluriennale.

Il metodo della programmazione pluriennale costituisce un principio della materia “tutela della salute” nonché uno degli elementi qualificanti del SSN, in grado di orientare e coordinare gli obiettivi e l’attività dei diversi livelli istituzionali coinvolti nel garantire la tutela della salute.

Per quanto riguarda la normativa regionale, il piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del piano sanitario nazionale (www.salute.gov.it).

La legge regionale disciplina il rapporto tra programmazione regionale e programmazione attuativa locale, definendo in particolare le procedure di proposta, adozione e approvazione del Piano attuativo locale e le modalità della partecipazione ad esse degli enti locali interessati. Il raffronto tra le diverse programmazioni regionali evidenzia strategie di fondo sostanzialmente condivise, con indicazioni attuative differenziate sotto il profilo organizzativo, calibrate sulle diverse specificità e sui diversi bisogni di salute dei singoli territori.

1.3 L’ INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA IN AMBITO OSPEDALIERO

L’integrazione sociosanitaria in ambito ospedaliero è un approccio necessario a garanzia della continuità assistenziale.

Gli ospedali non sono soltanto luoghi di cura ma “dei veri contesti organizzativi, all’interno dei quali prendono forma pratiche, ruoli e interazioni guidate da logiche in parte diverse”(Cardano et al.,2020). Questo richiede un buon coordinamento di complessi sistemi di attività.

La storia dei sistemi ospedalieri ha subito profondi cambiamenti derivati dai contesti socio economici delle società che si sono succedute.

Il contesto italiano è molto interessante, perché in esso è riconoscibile una serie di passaggi di discontinuità, che “rappresentano vividamente la dinamicità della costruzione del sistema di assistenza sanitari”(Ascoli, 2011, p.75).

Inizialmente gli ospedali erano luoghi caritativi, finanziari tramite donazioni e sottoposti al controllo ecclesiastico, in cui non si svolgeva propriamente attività terapeutica. Prima dell’Unità d’Italia le strutture ospedaliere erano patrimonio di città e di singoli Stati; una prima omogeneizzazione nell’organizzazione ospedaliera avviene alla seconda metà del settecento ed inizia ad avere una sua funzione terapeutica grazie anche alla nascente categoria medica. Dopo l’Unità d’Italia nuovi ospedali nascono su iniziativa dei Comuni, creando una prima rete di ospedali pubblici che si affiancano agli ospedali religiosi.

Con la L. Crispi del 1890 si ha un iniziale autonomia degli enti ospedalieri, ma è con il regime fascista che l’istituzione ospedaliera diviene il centro di sistema sanitario (Ferrario, 1989).

Vengono quindi costruite le grandi strutture ospedaliere e l'ospedale diventa il luogo istituzionalmente deputato alle cure mediche specializzate. Dopo la seconda guerra mondiale gli ospedali sono più strutturati e regolamentati e adottano procedure organizzative specifiche. Una svolta decisiva viene data dalla L.n. 132/1968, la Legge *Mariotti*, con la quale si riconosce agli ospedali lo status giuridico di enti pubblici, superando la qualifica di istituzione di assistenza e beneficenza.

Da ciò sono derivati una serie di importanti cambiamenti e tra questi il più importante, è stato considerare l'assistenza sanitaria come diritto riconosciuto a tutti i cittadini. L'incremento delle attività ospedaliere e la previsione di una suddivisione dei livelli di specializzazione, ha posto, di fatto, l'ospedale al centro del sistema dell'assistenza sanitaria.

In seguito, con la L.n. 833/1978, gli ospedali pubblici sono stati gestiti dalle Unità Sanitarie Locali (USL), individuate come cardine organizzativo del nascente Servizio Sanitario Nazionale. Le USL sono organismi strumentali dei comuni nell'ambito del processo di decentramento proposto con la riforma sanitaria. Insieme a questo, intorno alla metà degli anni settanta, prende piede una nuova realtà quale quella degli ospedali privati e quelli accreditati. Nel versante pubblico, a seguito dell'importante aumento della spesa sanitaria, vengono ridefiniti i posti letto, le tipologie di prestazioni e le giornate di degenza nelle

strutture ospedaliere. Si inizia a porre attenzione al ridimensionamento generale degli ospedali e si riflette sull'uscita dall'ottica di salute ospedalocentrica.

Nei due decenni successivi, si delinea un preciso riorientamento delle attività di cure ospedaliere e della centralità degli ospedali nel sistema dell'assistenza pubblica e probabilmente questo suggerisce una strategia di delega di alcuni compiti di cura ad altre strutture territoriali non ospedaliere o allo sviluppo delle cure offerte sul territorio. Questo nuovo assetto territoriale può essere inquadrato all'interno di una serie di cambiamenti istituzionali attraverso i quali le organizzazioni ospedaliere hanno mutato fisionomia giuridica ed organizzativa (Cardano et al., 2020).

Le norme che di fatto sono intervenute negli anni Novanta hanno riconfigurato questi organismi: gli ospedali sono stati separati dalle aziende sanitarie, attraverso la costituzione di Aziende Ospedaliere (AO) sottoposte a loro volta all'autorità delle regioni. Inoltre, oltre alla presenza di ospedali pubblici e privati, il panorama delle tipologie degli enti ospedalieri è stato arricchito con la costituzione degli IRCCS che, oltre a prestare servizi di cura, sono deputate a svolgere attività di ricerca clinica, come nel caso dell'INRCA, sia di natura pubblica che di natura privata.

Dal quadro descritto ne deriva che le principali politiche sanitarie pubbliche degli ultimi anni hanno cercato di “farsi carico della crescente complessità sistemica sostenendo la transizione da modelli di welfare basato

sulla centralità della struttura ospedaliera a sistemi reticolari incentrati sulla complementarità servizi sociali e sanitari territoriali, soggetti del terzo settore, una pluralità di attori provenienti dalla società civile e ospedali ad alta specializzazione”(Ascoli, 2011, pag.101).

Oggi l'ospedale assume una nuova morfologia e necessariamente è coinvolto nel processo di integrazione sociosanitaria.

Se la nuova concezione di salute spinge l'ospedale in direzione dell'integrazione tra sociale e sanitario a livello gestionale ed organizzativo, diventa necessario che i professionisti dei due comparti imparino a dialogare, a interagire, a confrontarsi e a collaborare. Cosa non facile visto che i suddetti professionisti sono portatori di storie, culture organizzative, formazione e modalità operative estremamente differenziate.

Nel parlare di professioni coinvolte nell'integrazione sociosanitaria non si può non ricordare che i cambiamenti che hanno attraversato il sistema dei servizi hanno avuto ricadute diverse sia sulle organizzazione dei servizi stessi, sia sulle figure professionali che al loro interno sono chiamate ad operare.

Le professioni sanitarie sono regolamentate in modo preciso ed inserito all'interno del sistema sanitario. Tra le professioni sociali si individuano, da una parte, figure professionali piuttosto consolidate e stabilmente presenti all'interno di organizzazioni pubbliche (psicologo, sociologo, assistente sociale, educatore professionale), per le quali esistono norme precise che regolamentano i percorsi

formativi e l'accesso al mondo del lavoro, dall'altra, figure professionali emergenti (operatore socio-sanitario, mediatore interculturale, operatore di comunità, criminologo clinico, manager dei servizi sociali, ecc.) che sono state inserite progressivamente nelle strutture sanitarie ospedaliere.

L'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia del COVID-19 ha messo in evidenza criticità importanti: gli ospedali si sono trovati ad essere il baricentro degli interventi di cura, in un contesto di offerta dei servizi sanitari e sociali che probabilmente già operava in condizioni di scarsità di risorse materiali ed umane. La sostenibilità dell'assistenza ospedaliera, il progressivo invecchiamento della popolazione, il necessario potenziamento dell'assistenza territoriale, la presenza di personale sanitario e sociale qualificato sono le sfide future che ci attendono alla luce di quella che sarà la prospettiva del PNRR a livello nazionale e regionale che vedono la via d'uscita nella realizzazione operativa dell'integrazione sociosanitaria, che ha, alla base, il valore dell'unitarietà della persona e che diviene un processo complesso, mobilitando tutte le energie organizzative e professionali e di partecipazione anche del cittadino, quali titolare di diritti alla salute nella scelta dei percorsi di cura. Il lavoro da attuare è “costruire una prospettiva salutogenica dove tutti gli attori coinvolti, personale sanitario, sociale cittadini possano costruire un nuovo modello partecipativo e collaborativo in una logica di integrazione” (Vicarelli, Giarelli, 2021).

1.4 IL PERCORSO DI DIMISSIONE PROTETTA OSPEDALIERA: LE FASI FONDAMENTALI

La dimissione protetta è una procedura che consente di poter garantire ad un paziente complesso una continuità di cura dopo un ricovero ospedaliero. Per continuità di cura si intende il contesto ideale in cui un paziente ha, a propria disposizione, un'assistenza sanitaria coordinata e senza interruzioni, nonostante tutte le complessità del sistema sanitario e il coinvolgimento di differenti specialisti in ambiti di cura diversi.

Uno degli strumenti della “continuità di cura” e che ben rappresenta un processo di integrazione sociosanitaria è rappresentato dalla “dimissione protetta”.

La dimissione protetta è un sistema di comunicazione e di integrazione tra i diversi servizi e gli operatori delle strutture ospedaliere e territoriali con il coinvolgimento diretto del Medico di Medicina Generale (MMG) dell'assistito, al fine di garantire la continuità di cura, a beneficio dell'assistito e della sua famiglia. E' un processo organizzato del passaggio di un paziente da un setting di cura ad un altro (il caso più frequente è la dimissione ospedaliera per il domicilio) che si applica ai pazienti “fragili”, affetti da più patologie croniche o da limitazioni funzionali e/o disabilità, in modo tale da assicurare la continuità del processo di cura ed assistenza. Per questi pazienti, al termine della degenza

ospedaliera, può esservi ancora la necessità di sorveglianza medica, nursing infermieristico e/o riabilitazione.

Questa tipologia di dimissioni non devono essere mai intese come “dimissioni precoci” del ricoverato rispetto ai tempi di degenza tali da completare l’iter assistenziale necessario.

I soggetti affetti da patologie croniche e degenerative e/o con ridotta autonomia funzionale richiedono cure continue di durata e di intensità variabile da paziente a paziente. Il passaggio di un paziente anziano “complesso”, dall’ospedale al domicilio o ad un’altra struttura territoriale, è un momento critico, denso di rischi, che richiede una speciale attenzione alla comunicazione, alla programmazione e al coordinamento tra i due poli del trasferimento. I rischi cui può andare incontro il paziente, che sono dipendenti da un trasferimento non coordinato e non continuo, sono ampiamente descritti in letteratura; di questi i più comuni sono: un nuovo ricovero ospedaliero entro trenta giorni dalla dimissione e il ricorso improprio alle prestazioni di Pronto Soccorso.

Una caratteristica fondamentale della dimissione protetta è quella di essere una dimissione programmata, pertanto preordinata, e concordata con il paziente, i suoi familiari e il MMG, quando il rientro è previsto al domicilio. Quando il rientro a domicilio non è possibile, per difficoltà sociali e mancanza di una rete sociale di supporto, la dimissione protetta si rivolge verso strutture territoriali sanitarie e sociali del territorio di competenza (residenza) del paziente. La

dimissione protetta di conseguenza si configura quale processo che guarda alla complessità della situazione, considerando fattori di diversa natura e di fondamentale importanza per il recupero psico-fisico del benessere della persona .

La complessità dei soggetti anziani disabili e fragili richiede un approccio sistematico e una presa in carico strutturata che tenga conto del fatto che essi spesso non si giovano di interventi standardizzati, ma richiedono un approccio personalizzato. Pertanto, se per alcuni pazienti la dimissione a risoluzione di un quadro acuto è un evento di routine che non pone problemi, per la maggior parte dei soggetti anziani questo processo risulta molto più complesso. La valutazione, la comunicazione e la pianificazione della dimissione sono i tre elementi fondamentali della dimissione protetta .

Dove possibile, il processo di pianificazione protetta è diviso secondo le seguenti fasi:

- Valutazione di pre-ammissione al percorso di dimissione protetta.
- Valutazione del caso al momento del ricovero.
- La valutazione ospedaliera e la preparazione di un piano di dimissione personalizzato attraverso una valutazione multidisciplinare che coinvolga il paziente e la sua famiglia e la comunicazione tra i professionisti interessati all'interno dell'ospedale.
- L'attuazione del piano di dimissione; questo dovrebbe essere coerente con la valutazione.

- Il monitoraggio che è una verifica per valutare se la dimissione protetta è stata attuata.

Quindi si può affermare che la dimissione protetta è considerata una categoria concettualmente distinta da altri interventi assistenziali. Prevede elementi strutturati come:

- La pianificazione con relativa valutazione di un piano assistenziale.
- La comunicazione tra professionisti sanitari in merito alla valutazione della dimissione e al piano di cura.
- La preparazione del paziente e del caregiver.
- Un piano per il follow-up.
- L'educazione del paziente per l'auto-gestione della cura.
- La presenza di personale medico (MMG) con competenze avanzate che si dedica alla dimissione e all'assistenza infermieristica.
- Il collegamento e la comunicazione fra realtà ospedaliera e territorio.

La valutazione multidisciplinare che individua il setting assistenziale territoriale adeguato per il paziente è svolta dall'Unità Valutativa Integrata del Distretto.

1.5 I SOGGETTI COINVOLTI

L'Unità Valutativa Integrata (UVI) del Distretto Sanitario rappresenta un

elemento fondamentale nella definizione dei percorsi più appropriati nella assistenza di malati, in particolare anziani non autosufficienti, che necessitano di continuità assistenziale.

L'intervento della UVI, quando è individuato il percorso di dimissione protetta, è proposto dalla struttura ospedaliera alla vigilia di una dimissione. Il paziente in dimissione dall'ospedale può essere indirizzato nei seguenti setting assistenziali: cure domiciliari e cure residenziali. Le cure residenziali sono individuate nelle strutture sanitarie territoriali e sociali: delle prime fanno le Cure Intermedie e le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) ed Hospice, mentre delle seconde le Residenze Protette (RP) Anziani. Attraverso questa equipe valutativa, attivata in ogni Distretto, viene definito il percorso assistenziale del paziente ed individuato il setting appropriato per la continuità delle cure.

La UVI è composta da diversi soggetti: medico di distretto con funzioni di coordinatore; il medico di medicina generale attraverso richiesta o con presenza attiva per casi selezionati; l'infermiere professionale e l'assistente sociale. Il team è integrato di volta in volta dalle figure professionali necessarie: da medici specialisti, da operatori sanitari specialisti di settore e da operatori sociali dei servizi e comune di residenza.

I compiti dell'Unità Valutativa sono diversi: primo tra tutti la valutazione dell'autosufficienza dei pazienti da ammettere in regime di Assistenza Domiciliare Integrata(ADI) e la Valutazione Multi Dimensionale (VMD) attraverso l'analisi

dei bisogni assistenziali dei pazienti e dei loro nuclei familiari (il piano assistenziale deve essere condiviso con il paziente e con il nucleo familiare e da essi sottoscritto). Elemento fondamentale è l'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) che comprendente gli obiettivi assistenziali da raggiungere, le modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali, la tipologia degli interventi, la frequenza degli accessi dei singoli operatori quali MMG, infermiere, fisioterapista, operatore socio sanitario, quando è prevista la dimissione domiciliare. Viene individuato infine il responsabile del caso: al termine di una valutazione multidimensionale individua la figura professionale - responsabile del caso o case manager - che sarà il punto di riferimento del cittadino nel percorso individuato.

Per i pazienti che vengono dimessi dall'ospedale e presi in carico dai servizi del territorio, la continuità delle cure deve essere garantita, già durante il ricovero, da un'attività di valutazione multidimensionale che prenda in esame sia le condizioni cliniche sia quelle socio-assistenziali del paziente ai fini di definire, il percorso assistenziale più idoneo in compatibilità con la rete dei servizi sociali e distrettuali esistente. La valutazione da parte dell'UVI viene effettuata entro un tempo definito a seconda della tipologia di richiesta e ai criteri di priorità. A questa equipe compete la rilevazione delle problematiche e la conoscenza dei bisogni attraverso la documentazione relativa al soggetto (cartelle cliniche, sociali, prescrizioni del MMG) e la valutazione multidimensionale diretta del

soggetto in termini clinici, cognitivi, funzionali, di mobilità, d'inclusione sociale, attraverso strumenti di valutazione oggettivi e unitari sul territorio.

Altro soggetto coinvolto nella dimissione protetta è la famiglia che è definita come “sistema di relazioni interpersonali fondato sui legami tra i suoi membri, incluso a sua volta nei sistemi più estesi della società allargata e, nello specifico della malattia, posto in contatto con le istituzioni deputate alla cura”(Reiss, Kaplan De-Nour, 1989, pag.185-186). I familiari/caregivers svolgono un importante, e forse il più importante, ruolo nel sostenere gli anziani nella gestione domiciliare in primo luogo, durante il ricovero in ospedale e soprattutto dopo la dimissione. Fino a poco tempo fa, però, poca attenzione è stata dedicata alle esigenze dei caregivers e dei familiari durante la fase di dimissione. Il trasferimento di responsabilità della cura da strutture ospedaliere al settore della comunità e alla famiglia significa che gli anziani e le loro famiglie dovrebbero essere coinvolti nella pianificazione, nelle decisioni per la cura, identificando quello che potrebbe essere la miglior assistenza, nel processo decisionale per la dimissione e verificando la qualità della loro preparazione per la fase successiva di cura. Lo stress dei caregivers rischia di essere aggravato durante gli episodi di malattia acuta.

Quello del caregiver è un compito gravoso, spesso assunto in risposta a situazioni di necessità o emergenza, come l'insorgere di una malattia e, come mai in questo periodo post pandemico, hanno creato notevoli difficoltà. Anche là

dove sono disponibili servizi sanitari e sociali al domicilio, spesso i familiari devono affrontare difficoltà burocratiche, problemi organizzativi, tempi di attesa prolungati che possono provocare un vuoto nella gestione domiciliare.

L'ingresso nella storia familiare della malattia o dell'invalidità del genitore mette radicalmente alla prova la famiglia, ne aumenta i livelli di stress e influenza sia la quantità che la qualità delle relazioni familiari (Field et al., 1993).

In molti casi la persona chiamata a svolgere compiti di cura si trova impreparata, non ha sufficiente consapevolezza del proprio ruolo, delle competenze necessarie e delle conseguenze sulla vita quotidiana e familiare. In un momento così delicato come quello della dimissione dall'ospedale, i professionisti ed i servizi devono affiancare il paziente ed i suoi familiari per definire insieme il percorso maggiormente idoneo a soddisfare i residui bisogni di salute e di autonomia funzionale.

Le dimissioni ospedaliere protette possono avvenire con modalità differenti e a seconda dei servizi che si possono attivare. Principalmente si ricorre alle dimissioni protette per il rientro a domicilio con attivazione dell'ADI, attraverso il coinvolgimento del MMG e per inserimento in struttura territoriale, sanitaria o sociale.

All'interno di questo sistema il MMG è fondamentale nella gestione del paziente anziano dimesso a domicilio attraverso un passaggio organizzato di una persona da un setting di cura ad altro. Si parla infatti di medicina di transizione,

dove la medicina generale si trova in posizione strategica. In questo senso il processo di cura può essere inteso come un processo di prossimità che “accompagna” e “avvicina” le persone per i percorsi della loro vita, attraverso una logica di proattività, il cui obiettivo è sviluppare il maggior grado di salute possibile e di benessere: questo è il paradigma dell'accompagnamento (Magi, Moretti, 2019).

Le cure al domicilio rappresentano un'opportunità importante per il recupero della salute di persone colpite da una malattia invalidante; nel contempo tuttavia il rientro nella propria abitazione spesso è fonte di gravi disagi e difficoltà: si passa da un'assistenza sanitaria di 24 ore su 24 ad un livello assistenziale ridotto nel tempo e nell'intensità, con forte carico sulla famiglia e sul MMG. All'interno di questo sistema la comunicazione e l'integrazione tra il MMG e il medico ospedaliero specialista assume un ruolo centrale nella gestione del paziente. Generalmente viene attivata a domicilio l'ADI, l'assistenza domiciliare integrata che rappresenta, come evidenziato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello ottenibile di benessere e salute.

L'ADI può essere infatti definita come l'insieme coordinato di prestazioni di carattere sanitario integrate con interventi di natura socio-assistenziale erogate a domicilio e rivolte a soddisfare le esigenze di anziani, disabili e di pazienti affetti

da malattie cronico-degenerative, parzialmente o totalmente non autosufficienti, che necessitano di un'assistenza continuativa nella cura.

L'Assistenza Domiciliare Integrata è caratterizzata da vari livelli di intensità: il primo livello è un'assistenza a bassa intensità correlata con un'alta intensità e complessità di interventi socio assistenziali. Il secondo livello rappresenta una media intensità assistenziale con presenza del medico e assistenza infermieristica a domicilio una o più volte la settimana. Il terzo livello è caratterizzato da alta intensità assistenziale con un intervento sanitario coordinato ed intensivo. Ad ogni livello di ADI individuato corrisponde un numero programmato di accessi al domicilio da parte del MMG che si intensificano all'aumentare della intensità assistenziale.

1.6 BUONE PRASSI DI DIMISSIONE PROTETTA:

LA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Ad oggi non sono presenti protocolli operativi della dimissione protetta che vengono applicati in modo uniforme in tutte le realtà italiane. Laddove queste procedure sono presenti, si assiste a modalità operative profondamente diverse tra le realtà regionali e all'interno della stessa regione tra le realtà locali. Sono

presenti “buone prassi” a livello nazionale che hanno affrontato le problematiche delle dimissioni difficili ospedaliere.

Un interessante progetto è stato attuato dalla regione Emilia Romagna, prima in fase sperimentale e diventato ad oggi servizio strutturato (Project - VS/2011/0052). Il progetto “La continuità assistenziale nelle dimissioni ospedaliere difficili” possiede i seguenti sei criteri di eleggibilità:

1. Attuato a livello regionale, aziendale o di unità operativa;
2. Basato su evidenze da letteratura;
3. Realizzato secondo i principi del miglioramento continuo della qualità;
4. Rappresentato da progetti o procedure attuati in armonia con gli indirizzi regionali ed orientati all’azione metodologica basata sull’efficacia, sulla razionalizzazione e al contempo sull’appropriatezza dell’intervento;
5. Sostenibile nel tempo;
6. Potenzialmente riproducibile/trasferibile in altri contesti.

In relazione a questi criteri, nel corso del 2006, il Distretto di Bologna ha attivato un servizio, il “Centro Continuità Assistenziale, Accesso, Verifica, Controllo e Qualità delle Cure Intermedie”, atto ad accogliere le segnalazioni delle dimissioni ospedaliere dagli Ospedali dell’AUSL, dall’Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi, dagli IRCCS Rizzoli e dalle Case di Cura accreditate e a prevedere lo sviluppo di due percorsi assistenziali, a seconda del grado di fragilità sociosanitaria della persona. Sono stati predisposti due percorsi di presa in carico:

il percorso A “Dall'ospedale a domicilio con sostegno socio-assistenziale temporaneo” e un percorso B “Una rete di cura per l'anziano in famiglia”. Dopo una prima fase di sperimentazione del progetto, della durata di circa un anno, oggi il servizio è diventato un modello operativo di gestione dei percorsi di dimissione protetta.

La finalità del servizio è quella di creare una procedura di dimissioni ospedaliere protette con modalità operative e tempistiche condivise, andando a colmare le problematiche riscontrate nel post dimissione dei pazienti fragili e lo scarto temporale intercorrente fra dimissione e presa in carico del paziente da parte del Servizio Assistenza Anziani (SAA) territorialmente competente.

I destinatari del servizio sono persone non autosufficienti, in particolare persone ultra settantenni. La valutazione viene attuata secondo criteri di eleggibilità quali il bisogno socio-assistenziale, il contesto familiare assente o non in grado di farsi completamente carico della situazione assistenziale e la residenza del soggetto nel Comune di Bologna.

Per quanto riguarda la struttura del servizio, il “Centro Continuità Assistenziale, Accesso, Verifica, Controllo e Qualità delle Cure Intermedie” è gestito da un assistente sociale e tre infermieri; riceve dal presidio ospedaliero la segnalazione di una dimissione da considerarsi protetta, trasmessa previo consenso della famiglia e del paziente. Il Centro, con l'apporto del personale del reparto ospedaliero e del Servizio di Assistenza Anziani territoriale, prima che

avvenga la dimissione, redige un Piano di Assistenza Personalizzato, valutando la condizione sociale e sanitaria del soggetto. A seguito della situazione di fragilità emersa dalla valutazione, il piano di assistenza personalizzato può prevedere due tipologie di percorso. Il percorso A denominato “Dall'ospedale al domicilio con sostegno socio-assistenziale” che consiste in una presa in carico temporanea finalizzata a favorire il rientro a domicilio della persona con una modalità assistenziale che consenta lo stabilizzarsi delle condizioni di salute e la prevenzione di una successiva ospedalizzazione. Tale percorso viene scelto per i pazienti assistiti da caregiver in grado di collaborare, ma che necessitano di un apporto professionale dato da un quadro clinico fortemente compromesso. In questo percorso il piano di assistenza individualizzato prevede prestazioni domiciliari effettuate da operatori sociosanitari che sono in grado di garantire un intervento professionale altamente specializzato legato alla scarsa autonomia funzionale e a un quadro clinico fortemente compromesso. Il servizio offerto ha una durata media di trenta giorni e massima di quaranta giorni, nei quali gli operatori monitorizzano la condizione clinica e sociale del paziente relazionando in itinere agli operatori del Centro. Durante la presa in carico il Centro si relaziona con il Presidio ospedaliero dimissionario, con i servizi territoriali e con il caregiver per valutare l'appropriatezza del Piano Personalizzato e le azioni da intraprendere al termine della prestazione. Il servizio per i pazienti eleggibili ha carattere di gratuità.

Il percorso B viene denominato “Una rete di cura per gli anziani in famiglia”: anche in questo caso si tratta di una presa in carico temporanea finalizzata a favorire il rientro a domicilio della persona con una modalità assistenziale che consenta lo stabilizzarsi delle condizioni di salute e la prevenzione di una successiva ospedalizzazione, per pazienti non autosufficienti con determinate condizioni reddituali e con caregiver in grado di collaborare. Il servizio consiste in un pacchetto di prestazioni e di interventi di diversa natura, composti in base ai bisogni e al contesto dell’anziano. Le prestazioni previste sono essenzialmente prestazioni di assistenza sociale e tutelare erogate da assistenti familiari con il tutoraggio dell’assistente sociale distrettuale. Vengono prese in considerazione quattro tipologie di assistenza che riflettono il grado di complessità assistenziale in base al livello di non autosufficienza e la presenza di familiari o di reti informali; dalla scelta del pacchetto deriva il mix delle attività erogate (presenza dell’assistente familiare, telecompagnia, telecontrollo, teleassistenza, servizi di prossimità) e la frequenza giornaliera o settimanale dell’attività offerta. Il pacchetto relativo ad un alto grado di non autosufficienza iniziale e ad una limitata rete familiare o informale, prevede per il primo mese un ricovero temporaneo in una struttura residenziale ad hoc. Il servizio offerto, a seconda della modalità assistenziale scelta, ha durata da un mese ai tre mesi nei quali gli operatori monitorizzano la condizione sociosanitaria del paziente relazionando agli operatori del Centro. Durante la presa in carico il Centro si

relaziona con il Presidio ospedaliero dimissionario, con i servizi territoriali e con il caregiver per valutare l'appropriatezza del Piano Personalizzato e le azioni da intraprendere al termine della prestazione. Il servizio viene erogato in base alla capacità reddituale. Il Centro Continuità Assistenziali, Accesso, Verifica, Controllo e Qualità delle Cure Intermedie fornisce altresì un servizio informativo e di orientamento alla rete dei servizi cittadini per i pazienti dimissionari e le loro famiglie (Brambilla e Nicoli, 2010).

All'interno del progetto diverse sono le figure professionali coinvolte: il personale del reparto ospedaliero dimissionario (medico, infermieristico e assistente sociale), il personale del Centro Continuità Assistenziali, Accesso, Verifica, Controllo e Qualità delle Cure Intermedie, composto da assistente sociale, personale infermieristico, tutor per le assistenti familiari. Sono coinvolti altresì gli operatori sociosanitari, assistenti familiari e assistenti domiciliari. Importanza strategica è il ruolo del medico di medicina generale individuato come *case manager*.

Durante il processo di valutazione e di rilevazione del bisogno socio assistenziale, gli strumenti previsti per l'attuazione di un percorso di dimissione protetta condivisa sono:

- Il piano di assistenza personalizzata;
- La valutazione multidimensionale;
- La formazione per gli operatori;

- La scheda di valutazione di rilevazione della complessità condizione clinica;
- Le schede di valutazione inerenti i pacchetti assistenziali.

L'obiettivo principale dal progetto sopra descritto è la costruzione di una rete socioassistenziale tesa a favorire il rientro a domicilio degli anziani con problemi sanitari e sociali importanti dimessi dall'ospedale attraverso una procedura di dimissioni ospedaliere protette con modalità operative e tempistiche condivise.

L'adozione degli strumenti di valutazione multidisciplinare, la redazione del Piano Assistenziale Personalizzato, il lavoro d'equipe, l'offerta dei servizi territoriali al fine di garantire la continuità assistenziale per pazienti fragili confermano la necessità di integrare servizi ed operatori del settore sanitario e sociale, nella prospettiva di assicurare una efficace ed efficiente presa in carico dell'anziano non autosufficiente.

La valutazione, la comunicazione tra istituzioni ed operatori e la pianificazione della dimissione, come ampiamente descritto nei paragrafi precedenti, sono i tre elementi fondamentali della dimissione protetta: il progetto attuato nella regione Emilia Romagna "Centro Continuità Assistenziale, Accesso, Verifica, Controllo e Qualità delle Cure Intermedie", ne rappresenta un modello valido di buona pratica.

CAPITOLO 2

INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E DIMISSIONE PROTETTA NELLA REGIONE MARCHE

2.1 DAL PIANO SANITARIO REGIONALE AL PIANO SOCIOSANITARIO REGIONALE: EVOLUZIONE CONCETTUALE

In linea con quanto previsto dalle normative nazionali, compiendo il processo di federalismo e di sussidiarietà nel settore sociosanitario nel nostro paese, nel 2012 la Regione Marche ha adottato il primo Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) “Sostenibilità, appropriatezza, innovazione e sviluppo - Governo della domanda sociosanitaria: integrazione di accesso, valutazione e continuità dell’assistenza tra servizi sanitari e servizi sociali”, allegato alla delibera n. 38 del 16 dicembre 2011 (www.regione.marche.it).

Il PSSR 2012-2014 si sviluppa in continuità dei precedenti Piano sanitario regionale 2007-2009 e Piano sociale regionale 2008-2010 in una logica di sviluppo integrato e rappresenta, di fatto, il principale strumento di indirizzo strategico per la realizzazione del “sistema salute” della Regione Marche.

La motivazione del cambio concettuale del documento quindi ha voluto sviluppare una nuova realtà culturale, dove il welfare si pone come motore di sviluppo dell'intero sistema politico, economico e sociale regionale; un cambiamento senz'altro necessario alla luce dello scenario economico degli ultimi anni ed alla scarsità di risorse che rischiano di mettere in discussione di principi di universalità, equità e solidarietà.

Questa evoluzione concettuale ha spinto a riflettere su come garantire le stesse risposte ai bisogni sanitari e sociali dei cittadini, utilizzando nuove forme organizzative.

Con il Piano Socio Sanitario del 2012 e la successiva approvazione delle Linee di attuazione ed implementazione del PSSR di cui la DGR 528 del 16/04/2012, la Regione ha voluto tendere allo sviluppo, in sintonia con gli indirizzi nazionali, dell'integrazione sociosanitaria a livello di programmazione, a cui far seguire le azioni di monitoraggio e valutazione.

La scelta di un sistema integrato sanitario e sociale alle problematiche di salute, come sottolineato dalla L.r. 13/2003, è avvenuto in continuità con altri atti regionali, in modo particolare:

- La DGR 720/2007 “Consolidamento e sviluppo della integrazione socio-sanitaria nella Regione Marche - Primi indirizzi per le strutture organizzative regionali e territoriali”;

- I documenti finali prodotti dai Gruppi di Progetto della Cabina di Regia per l'Integrazione sociale e sanitaria, istituita dalla DGR 720/2007.

Il governo della domanda descritto nel PSSR viene declinato nelle seguenti tre aree logiche:

1. Accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario tramite il PUA (Punto Unico di Accesso);
2. Valutazione integrata a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale (Unità Valutativa Integrata – UVI);
3. Presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata, con il Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Il PUA svolge una funzione di “triage sociosanitario”: indica la soluzione ai bisogni semplici e gestisce il raccordo con l'UVI per i bisogni complessi. L'UVI attraverso la valutazione clinica e sociale del soggetto, valuta le necessità assistenziali sociali e sanitarie della persona, con un approccio multidisciplinare e multidimensionale, attraverso strumenti scientificamente validati, gestibili su supporti informatici ed omogenei su scala regionale. Per le dimissioni protette l'attivazione viene avviata a seguito di una richiesta/segnalazione, completa della documentazione necessaria della struttura ospedaliera, utilizzando strumenti di valutazione oggettivi e unitari sul territorio. E' stato identificato uno strumento di valutazione multidimensionale globale dello stato funzionale della persona in grado di produrre una sintesi delle condizioni cliniche, funzionali e sociali della

persona: il Sistema RUG III-HC , che in continuità con quanto già utilizzato in regime residenziale e semiresidenziale (RUG III Long Term Care Facilities – LTCF) diviene necessario per avere omogenea visione complessiva dell'assistenza extraospedaliera territoriale

In questo PSSR viene altresì sottolineata la competenza sociale dei Comuni, promuovendo la programmazione e la gestione associata dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale Sociale (ATS) senza la previsione di deleghe di competenze sociali alla sanità. Il documento sostanzialmente conserva le competenze sanitarie nel sistema ASUR/Aree Vaste (AV) /Distretti Sanitari, rafforzando l'area socio-sanitaria e rafforza la dimensione unitaria del Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale come luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria. L'Area Vasta rimane di fatto il luogo dove potranno utilmente confluire le impostazioni generali e le compatibilità di sistema da una parte e le scelte programmatiche e gestionali dall'altra, come pure le indicazioni pratiche sull'integrazione che verranno dai territori dei Distretti/Ambiti Territoriali Sociali.

Sulla base delle norme elencate in precedenza, abbiamo visto il consolidamento e la nascita di alcuni nuovi servizi e di matrice socio sanitaria che in sintesi possiamo elencare in questo modo:

- Il Punto Unico di Accesso (PUA) servizio di accettazione territoriale integrata tra sociale e sanitario, generalmente collocato in sede distrettuale.
- L'UVI, ovvero l'Unità Valutativa Integrata, a livello di Distretto Sanitario/Ambito Territoriale Sociale.
- La presenza del servizio Ufficio di Promozione Sociale(UPS) a livello di Ambito Territoriale Sociale.
- L'utilizzo del Piano Assistenziale Individuale (PA)) per presa in carico e della continuità dell'assistenza integrata.
- L'istituzione della Unità Operativa “Sociale e Sanitaria (U.O.SeS.) di tipo funzionale, come 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.

Dopo questo PSSR la Regione ha rallentato nella corsa al sistema integrato sociosanitario e quanto enunciato non ha trovato adeguato compimento nella realtà effettiva nel territorio, creando nuovamente delle frammentarietà dei servizi sanitari e sociali e tra operatori sanitari e sociali.

Per riprendere quanto interrotto con il PSSR 2012, la Regione Marche ha emanato un Nuovo PSSR: quello 2020-2022.

2.2 IL PSSR REGIONE MARCHE 2020-2022 E LA DIMISSIONE PROTETTA

Il 4 febbraio 2020, l'Assemblea Legislativa delle Marche ha approvato la Deliberazione Amministrativa n. 107, concernente il nuovo *“Piano Socio Sanitario Regionale 2020-2022. Il cittadino, l'integrazione, l'accessibilità e la sostenibilità”*.

Il Piano si caratterizza come piano sociosanitario, che integra il sistema sanitario con il sistema sociale al fine di garantire i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, nella logica di sviluppo di piani assistenziali individualizzati e coerenti con la domanda di salute, ribadendo la centralità dei bisogni del cittadino, con particolare attenzione ai soggetti fragili, e a favore di una integrazione che veda i cittadini come parte attiva del sistema stesso.

Il Piano contiene, in continuum con la programmazione precedente, l'inquadramento della situazione regionale e la definizione delle logiche strategiche e degli indirizzi prioritari che rappresenteranno lo scenario della sanità dei prossimi anni. Il documento descrive le aree generali di intervento a cui fare riferimento per la definizione di interventi specifici e fornisce un nutrito elenco di obiettivi specifici descritti in schede intervento per una immediata attuazione delle attività.

Il documento contiene la descrizione delle aree di intervento corredate da schede intervento, per la precisione 58.

Le schede intervento, che riportano nel titolo l'obiettivo specifico, sono presentate per aree di intervento e contengono al loro interno il riferimento agli obiettivi strategici del presente Piano. Alcuni obiettivi possono essere comuni e trasversali a più aree di intervento o comunque riguardare temi di carattere generale: per necessità di schematizzazione, ogni obiettivo specifico è inserito nel paragrafo di un'area di intervento ma, se riferito a più di una di queste, contiene all'interno della scheda i riferimenti alle altre aree di interesse.

Il Piano Socio Sanitario 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 sociosanitaria. In particolare nell'Area di intervento "Assistenza territoriale ed integrazione sociosanitaria" alla Scheda n. 13, "Preso in carico post-dimissione" dove 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 sociosanitario per cui il percorso di dimissione protetta diviene fondamentale.

La giunta regionale Marche, in data 13 luglio 2021, ha deliberato una modifica nell'ambito del Piano Socio Sanitario Regionale 2020/2022 in attesa di dotarsi del nuovo Piano Socio Sanitario nel 2023, con l'obiettivo di raggiungere un maggiore equilibrio nella rete ospedaliera, evitando le concentrazioni previste

dal modello dell'ospedale unico, favorendo invece una diffusione sul territorio considerato il nuovo scenario dei bisogni assistenziali che si è delineato nel corso della pandemia. Il passaggio del Piano Socio Sanitario a pagina 56 viene così modificato: “La riorganizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera marchigiana viene realizzata in base ad un modello organizzativo-strutturale che supera quello di accentramento dei servizi ospedalieri ma si svilupperà, sempre nell’ottica di adeguamento al DM 70/2015, secondo direttrici che si inseriscono nell’ambito delle recenti disposizioni nazionali, emerse a seguito degli eventi pandemici, in termini di posti letto e specializzazione dei servizi offerti, e delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), al fine di garantire un miglioramento dell'offerta sanitaria per la popolazione marchigiana e, pertanto, la riduzione della mobilità passiva, venendo incontro ai rilievi del rapporto 2021 sul Coordinamento della finanza pubblica a cura della Corte dei Conti -Sezioni riunite in sede di controllo”(Piano Socio Sanitario Regione Marche 2020/2022).

Questo obiettivo verrà realizzato attraverso la revisione del sistema ospedaliero sulla base del livello organizzativo e l'adeguamento della dotazione dei posti letto, il potenziamento della strumentazione tecnologica avanzata, l’integrazione ed il potenziamento dei sistemi informativi, strumenti per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso, il coinvolgimento attivo del paziente nel processo di cura.

La proposta regionale è di tipo programmatica ed anticipa la logica territoriale che di fatto verrà poi ribadita con l'adozione del PNRR, sia a livello nazionale che regionale.

2.3 IL NUOVO IMPIANTO NORMATIVO REGIONALE DELLA DIMISSIONE PROTETTA

Attualmente nella Regione Marche le strutture sanitarie adottano modalità di dimissione protetta eterogenee. Per tale ragione nel mese di febbraio 2019 è stato istituito un gruppo di lavoro regionale con il compito di predisporre un documento relativo alle linee di indirizzo per la dimissione protetta. Il gruppo di lavoro composto da Dirigenti Regionali Servizio Sanità, Ars, Asur Marche, INRCA, AO Marche Nord, AOU Ancona, ha identificato un percorso dettagliato di dimissione protetta, obbligatorio per tutti gli operatori 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.

Con la Dgr 1237 del 18 ottobre 2021 la Regione Marche ha approvato le Linee di indirizzo sulla dimissione protetta, frutto di questo lavoro. Il percorso di dimissione protetta individuato prevede cinque fasi operative:

1. Identificazione dei bisogni di continuità assistenziale;
2. La segnalazione del caso;
3. Attivazione dell'UVI (Unità di Valutazione Integrata Distrettuale);
4. Valutazione e redazione del PAI (Piano Assistenziale Individualizzato);
5. La presa in carico territoriale.

Gli obiettivi indicati nel documento sono diversi. In primo luogo si vuole facilitare la continuità dell'assistenza ospedale territorio; poi, ridurre il rischio di riammissione istituzionalizzata e/o ricorso improprio al Pronto Soccorso, a seguito di una dimissione non appropriata o di un trasferimento non coordinati in particolare per i pazienti fragili e favorire, laddove possibile, infine, la previsione di una veloce attivazione delle procedure di cure domiciliari integrate o cure residenziali.

Per l'identificazione dei bisogni di continuità assistenziale nel documento sono state individuate delle scale di valutazione obbligatorie che forniscono agli operatori sanitari elementi per individuare le persone target del percorso di dimissione protetta (Scala Brass) e di valutare la stabilità clinica e la complessità assistenziale (Scale IDA-Indice di Dipendenza Assistenziale, NEWS-Indice di severità delle condizioni cliniche) determinando il livello di intensità di cura

(sistema TriCo). Tutte le richieste di dimissione protetta attivate dai presidi ospedalieri marchigiani passano oggi attraverso il SIRTE (Sistema Informativo per la Rete del Territorio).

2.4 LO SCENARIO SOCIO-DEMOGRAFICO DELLA REGIONE MARCHE

La popolazione residente nella Regione Marche, all'1 gennaio 2017 risulta costituita da 1.538.055 residenti (745.486 maschi, 792.569 femmine) con una tendenza generale al calo delle nascite (11.482 nati per un tasso di natalità pari al 7,1‰) valore più basso degli ultimi 35 anni ed un progressivo invecchiamento della popolazione. Si registra la grave crisi della natalità nella nostra regione che ha raggiunto livelli mai toccati in nessun altro tempo. Pertanto è necessario che la Regione assuma come priorità l'impegno di favorire la natalità in tutti gli aspetti dell'organizzazione sociale e socio-sanitaria in appoggio alla maternità e alle coppie che scelgono di avere figli. L'età media dei marchigiani corrisponde a 46,1 anni e la percentuale di individui di 65 anni ed oltre è pari al 24,3% del totale della popolazione (22,3% in Italia).

Tali dati demografici testimoniano che siamo di fronte ad una popolazione regionale che continua ad invecchiare: gli ultra settantacinquenni sono pari al

13,2% della popolazione, a fronte dell'11,4% di presenza a livello nazionale (www.istat.it).

All'innvecchiamento generale della popolazione marchigiana corrisponde un cambiamento epidemiologico complessivo con l'aumento delle malattie croniche e neurodegenerative. Ne consegue la necessità di affrontare con sempre maggior forza, il tema dell'innvecchiamento della popolazione attiva e la conseguente riorganizzazione della vita lavorativa, come anche l'aumento dell'incidenza delle malattie croniche non trasmissibili a cui contribuiscono l'innvecchiamento della popolazione e gli stili di vita non salutari.

A tutto ciò corrisponde un aumento dei bisogni di salute e la loro traduzione in domanda di servizi sanitari dedicati ed adeguati.

Lo scenario dei prossimi anni evidenzia una popolazione regionale che crescerà a ritmi molto contenuti, e per contro la sua composizione manterrà la tendenza all'innvecchiamento con la previsione al 2047 che gli over 65 sfioreranno il 36% e gli over 75 più del 21% (Elaborazioni www.demo.istat.it "Previsioni della popolazione", anni 2016-2025).

2.5 LA MISSION DELL' INRCA

L'attività svolta dall'Istituto INRCA ben si inserisce nello scenario sopra

presentato poiché infatti è deputato ad offrire specifiche attività in risposta alle esigenze della popolazione geriatrica.

L'Istituto INRCA, nell'ambito del settore geriatrico, ha raggiunto nel 2018 i suoi cinquant'anni di attività nella ricerca traslazionale nel campo biomedico, epidemiologico, clinico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari compresa l'attività assistenziale con prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. Grazie inoltre alla ricerca scientifica gerontologica e diversi progetti innovativi dedicati, l'istituto ha contribuito nel tempo alla sviluppo della cultura sull'invecchiamento della popolazione.

Di seguito si ripercorreranno le tappe storiche salienti che ne hanno determinato ciò che l'Istituto rappresenta oggi.

L'INRCA ha origine a fine ottocento denominato Opera Pia Ospizio dei Poveri Vecchi e MendicITÀ Vittorio Emanuele II. Nel 1961 si trasforma in Istituto di Ricovero e Cura per Anziani (IRCA) e nel 1963 viene riconosciuto il suo carattere nazionale e viene denominato INRCA.

Nel 1968 l'INRCA ha acquisito lo status di Istituto di Ricerca a carattere scientifico (IRCCS) unico in Italia, specializzato sui problemi degli anziani, con prestazioni connesse alla diagnostica neurologica clinica e strumentale e con un focus particolare sulla cura e la riabilitazione delle patologie neurodegenerative e vascolari e delle loro complicità (malnutrizione, disturbi della continenza, disfagia, disturbi motori e cognitivi), attraverso lo sviluppo di trattamenti

psicosociali e tecnologici e l'utilizzo di trattamenti farmacologici, specifici e innovativi.

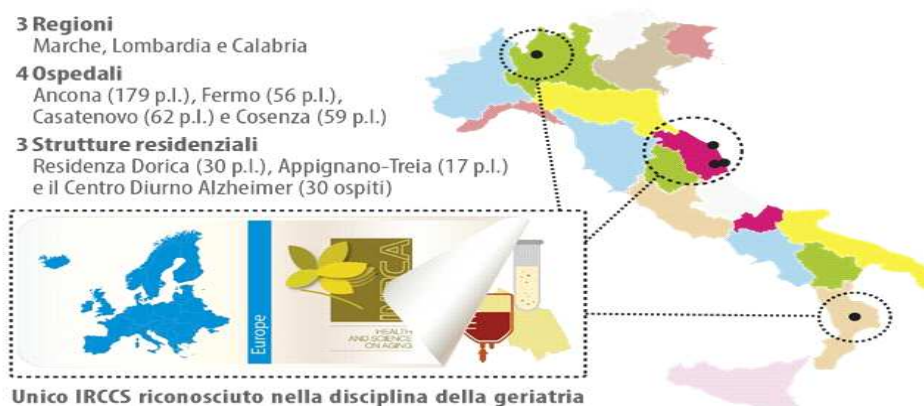
Nel 2003, con la legge di riordino degli IRCCS, viene definita una nuova organizzazione della struttura INRCA, la quale ottiene la valutazione per il riconoscimento della sua identità e della sua specificità scientifica geriatrico-gerontologica, come unico istituto che opera in questa area, con propria personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. Il riconoscimento di Istituto a Carattere Scientifico è stato confermato negli anni successivi, nel 2006, 2016 e 2019, derivato dall'Impegno dimostrato dall'INRCA nelle sue attività assistenziali e di ricerca nel settore geriatrico e gerontologico. L'INRCA si è progressivamente esteso sul territorio nazionale, realizzando, in diverse regioni d'Italia, strutture assistenziali e di ricerca all'avanguardia sui problemi della salute e socio-economici degli anziani. Non solo, in base alla propria esperienza accumulata negli anni, ha cercato di diffondere, nelle diverse parti d'Italia ove presente, dei modelli e dei protocolli assistenziali comuni per gli anziani fragili; ha raccolto e poi verificato i risultati degli studi praticati nella finalità di rendere sempre più manifesta, e rigorosamente scientifica, "la medicina dell'evidenza" nel settore della geriatria.

Un grande merito dell'INRCA è stato quello di aver contribuito allo sviluppo di una "cultura" dell'invecchiamento della popolazione, attraverso studi sugli aspetti demografici ed epidemiologici delle persone che invecchiano, della

loro qualità della vita, delle loro malattie età correlate, delle loro cure, prevenzione e riabilitazione, dei meccanismi fisio-patologici sottesi alla vecchiaia, della farmacovigilanza geriatrica, della cronicità e delle invalidità più frequenti negli anziani. Di particolare importanza sono gli studi dell'INRCA sui rapporti tra senescenza e cellule staminali, genetica, infiammazione e medicina molecolare ed in altri termini, l'interesse verso la ricerca scientifica con finalità pratiche, a favore di tutti quei problemi del complesso fenomeno invecchiamento-disabilità (www.INRCA.it).

L'INRCA ha diverse sedi nel territorio nazionale, ognuna con caratteristiche specifiche: conta cinque ospedali (Ancona, Osimo, Fermo, Casatenovo e Cosenza), una residenza sanitaria riabilitativa (Appignano), un polo scientifico tecnologico (Ancona), una struttura di Cure Intermedie (Residenza Dorica).

Di seguito viene riportata la mappa con i presidi INRCA presenti nelle varie regioni italiane:



La Mission dell'INRCA trova i propri riferimenti, da un lato, nell'essere un Istituto di ricerca e dall'altro nell'avere una forte connotazione specialistica in senso geriatrico e gerontologico. Lo sviluppo recente delle politiche sanitarie richiede un'evoluzione della ragion d'essere dell'IRCCS, dalla produzione di prestazioni sanitarie alla produzione di salute e conoscenze scientifiche. La finalità è ben definita come unicum tra gli IRCCS italiani pubblici e privati, costituendo un punto di forza e di impegno capace di poter proiettare l'Istituto in un ambito di ricerca internazionale e di renderlo riferimento scientifico nazionale. Nella mission è ricompresa l'attività di interazione scientifica e applicativa con il metodo imprenditoriale.

Nella sua duplice veste di struttura a carattere nazionale ed inserita nei sistemi sanitari regionali e, di conseguenza, nelle realtà territoriali, l'Istituto persegue obiettivi di:

- Ottenere sempre più alti livelli di attività, attraverso il potenziamento della ricerca traslazionale e lo sviluppo di studi clinici, al fine di poter dare sempre maggiore evidenza degli effetti della ricerca sulle capacità assistenziali.
- Continuare ad essere il "punto di riferimento di eccellenza" a livello regionale, nazionale ed internazionale sulla ricerca e l'assistenza in campo geriatrico.

- Potenziare il know-how dei professionisti, anche garantendo il trasferimento delle competenze dei professionisti più esperti operanti nell'Istituto, che ne caratterizzano l'eccellenza e le capacità di attrazione, ai più giovani.
- Sviluppare nuovi e sempre più efficienti modelli organizzativi che facilitino l'integrazione tra assistenza e ricerca, tra Università e Servizio Sanitario, tra Unità Operative di assistenza e ricerca e servizi a supporto.

I valori fondamentali che contribuiscono a definire l'identità per le attività di cura e ricerca dell'IRCCS INRCA sono:

- La centralità della persona assistita: rispetto del diritto di salute quale diritto fondamentale di ogni individuo secondo i principi di eguaglianza: garantire ad ogni persona di ricevere l'assistenza e le cure mediche più appropriate assicurando parità di trattamento e imparzialità: garantire a tutti i cittadini il rispetto dei principi di bioetica nella cura delle persone.
- La continuità: assicurare la continuità e la regolarità delle cure.
- La riservatezza: garantire agli utenti la riservatezza nel trattamento delle informazioni nel rispetto della Privacy.
- Il diritto di scelta e la partecipazione: assicurare ad ogni utente la possibilità di decidere in ordine alla propria salute e garantendo la possibilità di esprimere la propria valutazione sulla qualità delle prestazioni.

- La trasparenza e la comunicazione: garantire la libera circolazione delle informazioni sulle prestazioni offerte, sulle procedure, sulle risorse e sui risultati ottenuti.
- L'efficienza e l'efficacia: le attività vengono pianificate in modo da garantire la promozione della salute, evitare sprechi di risorse e migliorare l'efficienza delle prestazioni erogate, senza compromettere l'efficacia del servizio reso.
- La qualità: il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi al cittadino.
- La ricerca, l'innovazione e la formazione: promuovere l' eccellenza e l'innovazione nel campo della ricerca sull'invecchiamento, guidata dai bisogni di salute della popolazione anziana. Assicurare lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali e culturali del personale.

2.6 IL SERVIZIO SOCIALE OSPEDALIERO INRCA

Il Servizio Sociale Ospedaliero (SSO) è presente nell' INRCA in due presidi: Ancona, con due assistenti sociali e Fermo, con un'assistente sociale. Dal 1978 nella pianta organica dell'Istituto è stata inserita questa professionalità con il chiaro intento di supportare l'attività clinica rivolta alle persone anziane con attività e servizi sociali, all'interno del contesto ospedaliero. Sebbene all'inizio le

mansioni dell'assistente sociale esulavano i compiti veri e propri della specifica figura, negli anni si è strutturato di fatto, grazie alla definizione di competenze specialistiche, formative e normative, quello che oggi è il Servizio Sociale Ospedaliero INRCA.

Secondo testimonianze raccolte, non essendo disponibile documentazione dell'epoca, le attività dell'assistente sociale che si racchiudevano nella definizione di "assistente sociale" erano dedicate alla presa in carico di pazienti anziani soli, senza rete sociale di supporto, in fase di dimissione ospedaliera attivando collegamenti con i Comuni di residenza ed inserimento in strutture sociali come le case di riposo. Altre attività si concentravano, in modo particolare, a supporto dell'ufficio prenotazioni viste ed esami, all'organizzazione dell'accesso di personale volontario alla struttura, all'organizzazione delle modalità di voto elettorale in ospedale.

A distanza di quarant'anni le cose sono notevolmente cambiate ed oggi l'INRCA ha istituito il Servizio Sociale Ospedaliero, con specifiche competenze.

Il servizio sociale ospedaliero INRCA è rivolto ai pazienti ricoverati presso la struttura ospedaliera e affronta, in stretta connessione con le unità operative di degenza, le problematiche sociali correlate all'evento malattia, che può generare bisogni assistenziali e sociali.

La malattia infatti richiede alla persona di adattarsi a cambiamenti fisici, relazionali ed esistenziali, i quali possono generare bisogni sociali e assistenziali

come uno stato temporaneo di disorganizzazione e la conseguente incapacità di trovare strategie efficaci per risolvere e superare l'evento traumatico

Il Servizio Sociale Ospedaliero INRCA risponde alla richiesta di intervento sociale che viene attivata dal personale sanitario, dal paziente stesso e/o dai suoi familiari e realizza interventi di consulenza sociale. Partecipa al percorso di dimissione protetta nell'ottica dell'integrazione e continuità delle cure tra ospedale e territorio, mediante un costante lavoro di rete con i soggetti istituzionali territoriali

Il servizio collabora per l'attivazione di una serie percorsi quali, in primo luogo, l'attività di orientamento e consulenza sociale al paziente e/o ai familiari per lo svolgimento delle pratiche burocratiche e amministrative legate alle tutele di legge (Amministratore di sostegno, domanda per il riconoscimento della Invalidità Civile e della Legge n. 104/1992). Fornisce inoltre consulenza psico-sociale al paziente e alla famiglia per prevenire e affrontare i disagi e i problemi socio assistenziali connessi alla patologia e al periodo di ricovero.

Una delle attività principali che vengono svolte riguarda quella che viene definita una pratica di integrazione sociosanitaria: la dimissione protetta. Questo processo vede la collaborazione e collegamento con la rete dei Servizi Sociali e Sanitari del territorio mediante l'organizzazione del rientro a domicilio con ADI o Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) o per il trasferimento in strutture

protette sanitarie come le Cure Intermedie, RSA, Hospice e strutture sociali come le Residenze Protette.

E' estremamente importante sottolineare che l'intervento di servizio sociale ospedaliero si colloca all'interno di uno spazio temporale definito dall'organizzazione sanitaria ed è scandito da brevi periodi di tempo, legati alla durata del ricovero ospedaliero. All'azione dell'assistente sociale viene richiesta una grande rapidità e precisione, nonché un'estrema abilità nell'analisi della richiesta, nel mettere a fuoco il problema, nel valutarlo con l'utente, nell'ipotizzare un progetto d'aiuto, nell'attivare e gestire le risorse atte a realizzarlo, proprie del paziente e del territorio (Brizzi, Cava, 2003).

2.7 I GRUPPI DI LAVORO DIMISSIONE PROTETTA INRCA: PROCEDURE OPERATIVE

L'Istituto INRCA ha implementato due procedure ufficiali aziendali dedicate alla dimissione protetta. I documenti sono stati redatti da due gruppi di lavoro distinti per il presidio di Ancona nel 2010 e nel 2012 e nel presidio di Fermo, nel 2014. Sebbene le procedure abbiano le stesse modalità operative e gli stessi obiettivi sono declinate verso i territori alle quali esse si rivolgono, per le

differenze territoriali oggettive e strutturali dove sono collocati questi due presidi INRCA.

Le procedure hanno lo scopo di definire un preciso percorso ed ottimizzare l'assistenza globale al paziente fragile, durante e dopo il ricovero, con problematiche di natura sanitaria e socio sanitaria che rendono difficile la dimissione ordinaria.

Per quanto riguarda il Presidio di Ancona, i membri del gruppo di lavoro sono stati: i Medici della Direzione Sanitaria INRCA, il Coordinatore Infermieristico di Dipartimento e le due Assistenti sociali presenti nel Presidio Dorico.

Nel documento vengono sviluppate le fasi operative della procedura primo tra tutte la somministrazione da parte della Unità Operativa (U.O.) della scheda MI-CHOICE (Allegato n.1). Lo strumento di screening validato MI-CHOICE consente di avere immediate informazioni sul paziente in riferimento alla presenza di familiari, alle forme di assistenza presenti, alla valutazione funzionale ed al carico assistenziale. Ad ogni item viene assegnato un punteggio e la scheda viene inviata al SSO INRCA quando il punteggio totale è superiore a 7 per valutare la dimissione protetta in regime domiciliare o residenziale. Subito dopo la somministrazione della scheda MI-CHOICE, il coordinatore infermieristico in collaborazione con il medico di U.O. compila altre tre schede di valutazione: le schede ADL (Activities of Daily Living) e IADL (Instrumental

Activities of Daily Living) al fine di rilevare la disabilità funzionale e la condizione di non autosufficienza e la scheda CIRS (Cumulative Index Rating Scale-Allegato n.2) che determina la gestione della disabilità di patologie croniche stabilizzate o di esiti invalidanti necessitanti di prestazioni sanitarie e socio sanitarie. Dei relativi punteggi viene informato il SSO e richiesto il suo intervento, con una richiesta cartacea. L'assistente sociale del SSO, ricevute le schede, si attiva per la valutazione delle condizioni di ammissibilità o non ammissibilità domiciliare e quindi verso la struttura residenziale utilizzando la scheda GEFI (Global Evaluation Functional Index - Allegato n.3) che rileva i fattori di rischio socio-ambientali. L'assistente sociale si attiva acquisendo informazioni sul caso in collaborazione con il personale sanitario, con la conoscenza del paziente, con i familiari o tutore /amministratore di sostegno presente e redige la relazione sociale. Si attiva l'Unità di Valutazione Integrata Distretto Area Vasta 2 ed INRCA, (UVINRCA) al fine di definire il setting adeguato al paziente attraverso al redazione del PAI. Quando si prevede una dimissione protetta domiciliare si richiede la partecipazione del MMG del paziente in sede di valutazione. In riferimento alle strutture residenziali, l'INRCA di Ancona dispone, oltre alle strutture sanitarie e sociale dell'Area Vasta 2, anche di una propria struttura sanitaria quale la struttura di cure intermedie Residenza Dorica. La procedura INRCA Ancona del 2010 è stata revisionata nel 2012, con l'intento di snellire alcune procedure, velocizzando i tempi di segnalazione del caso problematico di

una paziente anziano fragile al Servizio Sociale Ospedaliero INRCA. Dal 2012 questa procedura è stata estesa anche al presidio di Fermo.

Nel 2014, rilevando che presso il Presidio INRCA Fermo non è stato possibile avvalersi di una unità di valutazione interna per la procedura di dimissione protetta e vista la diversità delle strutture territoriali presenti in Area Vasta 4, viene implementata una procedura aziendale apposita Por INRCA Fermo ed Area Vasta 4 di Fermo. I membri del gruppo di lavoro che hanno redatto il documento sono stati: il Direttore di Dipartimento INRCA Fermo, Coordinatore Infermieristico di Dipartimento, Assistente Sociale INRCA Fermo e medici della direzione Sanitaria Area Vasta 4. Nel documento, nelle fasi operative, vengono utilizzate le stesse scale di valutazione come nella procedura del Por di Ancona per l'individuazione del paziente fragile ed a seguito di questo, il Servizio Sociale Ospedaliero INRCA Fermo viene attivato tramite richiesta cartacea. Una volta effettuato il contatto con i familiari del paziente ed effettuata l'indagine sociale il servizio sociale INRCA Fermo invia la richiesta cartacea di valutazione di servizi/strutture all'Unità Valutativa Integrata (UVI) dell'Area Vasta 4, che si reca in ospedale al fine di effettuare la valutazione del paziente, alla quale, partecipano il medico del Reparto richiedente, il coordinatore infermieristico e l'Assistente Sociale INRCA. In sede di valutazione viene redatto il Piano Assistenziale Individualizzato per individuare il setting più adeguato per il paziente.

La collaborazione con il distretto di tipo sociosanitaria è il cuore della dimissione protetta: in questo momento decisivo avviene l'incontro tra la struttura ospedaliera e territorio e si concorda il progetto di cura del paziente dopo il ricovero ospedaliero. Viene definita in sede di valutazione integrata ospedale-territorio l'appropriatezza della presa in carico territoriale e l'individuazione del setting assistenziale idoneo per il paziente. Quando la dimissione protetta è prevista al domicilio viene convocato, oltre ai familiari, il MMG del paziente ed eventuali operatori di altri servizi specialistici o l'assistente sociale del Comune di residenza. Per quanto riguarda la dimissione protetta di tipo residenziale le strutture di riferimento per il Por Inrca di Fermo sono quelle dell'Area Vasta 4: di tipo sanitario territoriali sono presenti 2 strutture di Cure Intermedie e tre strutture Residenze Socio Assistenziali (RSA). Per quanto riguarda le strutture sociali territoriali, l'Area Vasta 4 dispone di 14 strutture di Residenza Protetta in regime di convenzione, la cui disponibilità dei posti letto è coordinata dal Servizio Unico di Residenzialità (SUR) AV4 che comunica in tempo reale la disponibilità di posti nelle strutture per la collocazione del paziente.

Si osserva che le due procedure ufficiali aziendali presso i presidi INRCA di dimissione protetta, sopra descritte, consentono di gestire all'interno di logiche di processo un'attività fondamentale per un istituto come l'INRCA: l'assistenza della popolazione anziana. L'individuazione di percorsi definiti, sebbene con delle peculiarità declinate nei territori dove sono collocati i presidi di Ancona e Fermo,

permette di gestire in modo uniforme i percorsi di dimissione protetta, seppur nelle specifiche caratteristiche di ogni singolo paziente preso in carico, in ogni fase del processo.

Le attività di valutazione dell'UVINRCA, equipe strutturata nel POR di Ancona e dell'UVI Distrettuale AV4 di Fermo, che collabora con il personale del Presidio INRCA di Fermo, sono imprescindibili per la definizione dei percorsi di cura appropriati per i pazienti che necessitano di continuità assistenziale dopo il ricovero ospedaliero. Le unità di valutazione infatti vedono il coinvolgimento di operatori sanitari e sociali, che attraverso la valutazione multidimensionale e la redazione del PAI, contribuiscono alla costruzione della pratica integrazione sociosanitaria quale è la dimissione protetta.

2.8 IL SISTEMA INFORMATIVO PER LA RETE DEL TERRITORIO

Dal mese di Ottobre 2019 è stata attivata a livello regionale una piattaforma informatizzata delle richieste di dimissione protetta dall'ospedale e dal domicilio denominata SIRTE (Sistema Informativo per la Rete del Territorio), che prevede una scheda articolata in cinque quadri: generale, medico, infermieristico , riabilitativo e sociale.

Il Sistema Informativo per la Rete del Territorio (SIRTE) è nato con l'obiettivo di assicurare il coordinamento dei percorsi di cura tra i diversi

professionisti e la continuità dell'assistenza tra differenti livelli organizzativi, ottimizzando l'integrazione tra Ospedale e territorio (www.regione.marche.it).

Per conseguire questi obiettivi, si è scelto di operare strutturando un processo omogeneo su tutto il territorio delle Marche, superando le specificità dei singoli territori e nel rispetto delle stesse; questo approccio, seppur di complessa attuazione, ha garantito una generale revisione ed ottimizzazione dei processi a livello aziendale ed interaziendale.

Il sistema informativo, che vede quasi 5.000 utenti abilitati, gestisce i processi interni al percorso assistenziale, che si esplicano in un articolato workflow che prevede l'accesso al sistema tramite un unico punto (definito Punto Unico di Accesso) che, dopo una prima rilevazione del bisogno, avvia la fase di valutazione del paziente, garantendo l'individuazione del corretto percorso assistenziale (cure prestazionali, cure domiciliari integrate, cure in strutture residenziali), la definizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) e la successiva erogazione dell'assistenza con rivalutazioni periodiche fino alla conclusione della presa in carico.

L'introduzione del percorso informatizzato di dimissioni protette dai presidi ospedalieri regionali verso il territorio, può consentire alla Regione Marche di perseguire importanti risultati di governo di questo processo e di effettuare un'analisi della domanda più puntuale.

CAPITOLO 3

INDAGINE SULLE DIMISSIONI PROTETTE INRCA

3.1 IL PERCORSO DELLA RICERCA

In questo capitolo viene presentata un'indagine sulle dimissioni protette INRCA attraverso una ricerca di tipo quantitativo, cioè tramite un'analisi di dati empirici relativi ai ricoveri ospedalieri nei POR INRCA di Ancona e Fermo, che di tipo qualitativo, mediante interviste rivolte ai responsabili dei servizi ed operatori impegnati nelle organizzazioni INRCA ed AV4 di Fermo, preposte all'attivazione di dimissione protetta.

Per quanto riguarda l'analisi quantitativa, l'obiettivo dello studio dei dati è quello di rilevare, a livello numerico, la quantità di percorsi di dimissione protetta ospedaliera presso i POR INRCA di Ancona e Fermo attivata nel corso del quadriennio 2018-2021 e quanto questa attività abbia rilevanza sul totale dei ricoveri ospedalieri registrati.

I dati consentono di osservare l'andamento dei percorsi negli anni considerati, con particolare attenzione al biennio che ha preceduto la pandemia COVID-19 ed il biennio successivo. E' interessante, per la nostra ricerca, verificare se vi sia stato un aumento significativo della richiesta di dimissione protetta durante il quadriennio e, soprattutto, se vi sia stato un aumento

significativo dopo la pandemia. I dati permettono, infine di quantificare la prevalenza della tipologia di dimissione protetta, se di tipo domiciliare o di tipo residenziale.

Lo studio ci consente inoltre di conoscere il lavoro del Servizio Sociale Ospedaliero INRCA, attraverso la presa in carico del paziente fragile tramite l'attività dell'assistente sociale. Infatti l'approccio globale e unitario alle problematiche dei pazienti geriatrici, nonché la lettura della domanda sociale di questi, permette all'assistente sociale di svolgere un ruolo specifico nell'accoglienza e assessment al sistema del servizio ospedaliero.

Per quanto riguarda la ricerca qualitativa, lo strumento che è stato utilizzato per la raccolta dei dati è l'intervista semi-strutturata, utile quando l'intervistatore pur essendo a conoscenza degli aspetti fondamentali del fenomeno oggetto di studio, ha bisogno di indagare più approfonditamente e necessita di cogliere il punto di vista degli intervistati-partecipanti.

Le interviste sono state effettuate nel mese di Maggio 2022 e sono stati intervistati 4 testimoni privilegiati: due dirigenti responsabili dei Presidi INRCA di Ancona e Fermo e due operatori assistenti sociali impegnati nelle organizzazioni preposte all'attivazione di dimissione protetta, dell'INRCA di Ancona e dell'Area Vasta n.4 di Fermo, che conoscono la realtà di riferimento dei dati in precedenza esposti.

Le interviste si presentano con una strutturazione di domande specifiche da rivolgere, che risultano essere aperte.

La griglia semi-strutturata utilizzata nelle interviste si sviluppa attraverso cinque ambiti tematici:

1. L'esperienza maturata dall'INRCA nei percorsi di dimissione protetta sia nel POR di Ancona che di Fermo attraverso le proprie procedure operative e delle attività di valutazione dell'UVINRCA E UVI Unica distrettuale, attraverso l'individuazione dei punti di forza e di criticità;

2. Il cambiamento della domanda di dimissione protetta dopo la pandemia COVID-19 e sugli aspetti dove si è intervenuti maggiormente;

3. I vantaggi del nuovo impianto normativo della Regione Marche attraverso le nuove Linee guida sulla dimissione protetta rispetto alle procedure INRCA e rispetto alla procedura territoriale di tale percorso.

4. Se e quali possono essere gli effetti generati dall'istituzione delle Case di Comunità previste dal PNRR sui percorsi di dimissione protetta.

5. Osservazioni personali su qualche aspetto significativo.

All'inizio di ogni intervista, avviata dall'intervistatore, sono stati ripetuti brevemente gli obiettivi delle interviste e premesse le tematiche che sarebbero state affrontate durante il colloquio. Inoltre è stato sempre chiesto il consenso per utilizzare il registratore: tutti gli intervistati hanno dato il loro consenso.

La durata media di ciascuna intervista è stata di 30/45 minuti.

Al termine delle interviste si è provveduto alla elaborazione del materiale raccolto, attraverso la trascrizione di ogni intervista e dall'analisi sono stati rilevati gli elementi sui quali gli intervistati hanno posto attenzione.

Il limite di questa rilevazione è rappresentato dalla possibilità che l'intervistatore abbia influenzato senza volerlo le risposte dell'interlocutore, in virtù anche della conoscenza diretta degli intervistati, cosa a cui si è cercato di porre attenzione non favorendo in nessun modo le risposte, ma solo esponendo le risultanze dei dati raccolti nei presidi INRCA di Ancona e Fermo.

3.2 ANALISI DEI DATI: INRCA ANCONA 2018-2021

I dati che vengono presentati riguardano l'attività svolta dal Servizio Sociale Ospedaliero del POR INRCA di Ancona e sono relativi al periodo 01.01.2018 al 30.12.2021.

Le fonti primarie delle informazioni contenute nel rapporto sono:

- Il database del SSO, un archivio che viene aggiornato sulla base delle segnalazioni che provengono dalle UU.OO. (Unità Operative) al momento dell'attivazione del percorso di dimissione protetta (DP). Le segnalazioni avvengono generalmente su input del reparto di degenza, mediante l'applicazione della procedura di DP codificata nel sistema qualità ISO dell'Istituto.

- Il registro ed i verbali degli incontri della Unità Valutativa Integrata Inrca/Distretto AV2 Ancona (UNINRCA).

Le UU.OO. Operative interessate alla procedura della dimissione protetta sono tutte quelle presenti nel POR INRCA di Ancona ma in questa raccolta dati le richieste di dimissione protetta sono giunte da 14 reparti: Punto di Primo Intervento (Pronto Soccorso Geriatrico), Geriatria, Neurologia, Medicina Riabilitativa, Degenza Post-Acuzie, Cardiologia, Clinica di Medicina, Centro Piede Diabetico, UTIC (Unità di Terapia Intensiva Cardiologica), Chirurgia Urologica, AGU (Accettazione Geriatrica d’Urgenza), Nefrologia e Dialisi e la Dermatologia.

Nella tabella n.1 che segue sono illustrati i dati di sintesi che descrivono numero delle dimissioni protette effettuate nel corso quadriennio 2018-2021 nel POR INRCA di Ancona.

Tabella n.1 - Numero di dimissioni protette INRCA Ancona.

ANNO	PAZIENTI RICOVERATI INRCA ANCONA	DIMMISSIONI PROTETTE	DIMMISSIONI PROTETTE COVID	TOTALE DIMMISSIONI PROTETTE	PESO PERCENTUALE DELLE DP SUL TOTALE RICOVERATI
2018	4495	376	-	376	8 %
2019	4563	351	-	351	7.6%
2020	3096	247	35	282	9 %
2021	2956	272	117	389	12 %

In riferimento all'analisi dei dati INRCA Ancona il numero di richieste di dimissioni protette si è mantenuto costante negli anni ma lievemente in crescita nell'anno 2021. Il trend analizzato dimostra un lieve aumento delle richieste di dimissione protetta che passa dall'8% al 12% nel corso di quattro anni.

Nella tabella 2 sono riportati i dati relativi alle differenze di genere dei pazienti per i quali sono stati attivati percorsi di dimissione protetta ed età media degli stessi.

Tabella n.2 - Differenze di genere ed età media dei soggetti beneficiari di dimissioni protette INRCA Ancona.

ANNO	DONNE	%	ETA' MEDIA	UOMINI	%	ETA' MEDIA
2018	222	60	89	154	40	86
2019	200	57	88	151	43	86
2020	154	62	88	93	38	85
2021	172	63	88	100	37	85

Gli utenti del SSO INRCA Ancona dei quattro anni analizzati illustrati nella tabella n.2 sono in prevalenza di genere femminile e presentano un'età media molto avanzata, vicino agli 88 anni per le donne e 85/86 anni per gli uomini.

Nella tabella n.3 sono illustrati i dati della tipologia di dimissione protetta ed i decessi dei pazienti nel corso della dimissione protetta.

Tabella n.3 - Tipologia di dimissioni protette e decessi durante i percorsi di DP INRCA Ancona

ANNO	DECESSI DURANTE DP	DP DOMICILIARI	DP RESIDENZIALI	TOTALE DP
2018	99	151	126	376
2019	103	62	186	351
2020	91	45	146	282
2021	81	79	229	389

Una parte considerevole di pazienti sono stati soggetti a decesso intraospedaliero durante la procedura di dimissione protetta. Inoltre le richieste di dimissione protetta verso i percorsi di inserimento in struttura residenziale (Cure Intermedie, RSA , RP, SSR, hospice ed altre strutture sanitarie accreditate) sono prevalenti rispetto al percorso domiciliare (in ADI di I, II e III livello) e tende ad aumentare soprattutto nell'anno 2021.

3.3 ANALISI DEI DATI: INRCA FERMO 2018-2021

I dati che vengono di seguito esposti riguardano l'attività svolta dal Servizio Sociale Ospedaliero del POR INRCA di Fermo e sono relativi al periodo 01.01.2018 al 30.12.2021.

Le fonti primarie delle informazioni contenute nel rapporto sono :

- Il database del SSO, un archivio che viene aggiornato sulla base delle segnalazioni che provengono dalle UU.OO. al momento dell'attivazione

del percorso di dimissione protetta. Le segnalazioni avvengono generalmente su input dei reparto di degenza, mediante l'applicazione della procedura di DP codificata nel sistema qualità ISO dell'Istituto.

- Il registro degli incontri della Unità Valutativa Integrata /Distretto AV4 Fermo.

Le UU.OO. presenti nel POR INRCA di Fermo e per le quali viene applicata la procedura di dimissione protetta, sono quattro: U.O. Geriatria, unico reparto per acuti che accoglie pazienti inviati dal Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero (PO) Augusto Murri di Fermo. ospedale Civile di Fermo, la Riabilitazione Funzionale, la Cardiologia Riabilitativa e la Degenza Post Acuzie, che accoglie pazienti da altri reparti per acuti del PO Augusto Murri di Fermo.

Nella tabella n.4 che segue sono illustrati i dati di sintesi che descrivono il numero delle dimissioni protette effettuate nel corso del quadriennio 2018-2021.

Tabella n.4 - Numero di dimissioni protette INRCA Fermo.

ANNO	PAZIENTI RICOVERATI INRCA FERMO	DIMMISSIONI PROTETTE	DIMMISSIONI PROTETTE COVID - DPA COVID	TOTALE DIMMISSIONI PROTETTE	PESO PERCENTUALE DELLE DP SUL TOTALE RICOVERATI
2018	929	196	-	196	21%
2019	888	231	-	231	26%
2020	439	109	29	138	29%
2021	513	145	37	182	31%

In merito all'analisi POR INRCA di Fermo si nota l'aumento costante delle richieste di attivazione di percorsi di dimissione protetta, con un picco nell'anno 2021. Il trend analizzato dimostra un aumento significativo delle richieste di dimissione protetta che passa dall'21% al 31%, nel corso di quattro anni.

Nella tabella n.5 sono riportati i dati relativi alle differenze di genere dei pazienti per i quali sono stati attivati percorsi di dimissione protetta ed età media degli stessi.

Tabella n.5 - Differenze di genere ed età media dei soggetti beneficiari di dimissioni protette INRCA Fermo.

ANNO	DONNE	ETA' MEDIA	%	UOMINI	ETA' MEDIA	%
2018	108	86	55	88	84	45
2019	149	86	65	82	84	45
2020	80	88	58	58	85	42
2021	106	87	58	76	84	42

Gli utenti del SSO INRCA Fermo dei quattro anni analizzati sono in prevalenza di genere femminile e presentano un'età media molto avanzata vicino agli 87 anni per le donne e 84/85 anni per gli uomini.

Nella tabella n.6 sono illustrati i dati della tipologia di dimissione protetta ed i decessi dei pazienti nel corso della dimissione protetta.

Tabella 6 -Tipologia di dimissioni protette e decessi durante i percorsi di DP INRCA Fermo

ANNO	DECESSI DURANTE DP	DP DOMICILIARI	DP RESIDENZIALI	TOTALE DP
2018	27	94	75	196
2019	36	125	70	231
2020	16	56	66	138
2021	32	71	79	182

La richieste di dimissione protetta verso percorsi di inserimento in struttura residenziale (Cure Intermedie, RSA , RP, SSR, hospice ed altre strutture sanitarie accreditate) e verso percorsi di tipo domiciliare (in ADI di I, II e III livello) presentano distribuzione analoga.

3.4 LE INTERVISTE

In merito all'indagine qualitativa, la prima domanda dell'intervista è articolata in modo diversificato in riferimento alle competenze di ciascun intervistato (direttore ed operatore) ed alla collocazione operativa (INRCA e Area Vasta 4 di Fermo), pur rispettando lo stesso ambito tematico.

Nella domanda n.1 è stato chiesto ai Dirigenti Responsabili di valutare i percorsi di dimissione protetta a 10 anni di distanza dall'adozione della procedura aziendale istituita dall'INRCA rispettivamente per il POR INRCA di Ancona a Fermo, sottolineando i punti di forza e criticità.

I Direttori hanno espresso una valutazione positiva dei percorsi attivati, poiché, secondo quanto dichiarato dagli stessi, le procedure aziendali sono declinate specificatamente rispettando la specificità territoriali dei POR INRCA.

Entrambi i Direttori hanno concordato sui seguenti punti di forza:

- Una particolare attenzione alle necessità familiari nella gestione dell'anziano complesso e fragile;
- L'individuazione di setting assistenziali appropriati che avrebbero anche il compito di ridurre le ospedalizzazioni;
- L'importanza di avere a disposizione un percorso preciso della dimissione protetta;

Le maggiori criticità che sono emerse in modo comune sono:

- La mancanza di posti letto in long term care, che genera l'allungamento dei giorni di degenza in reparti per acuti ordinari.
- L'esplosione demografica di pazienti molto anziani e molto complessi che necessitano di servizi e risorse di personale;
- Gli outcome delle dimissioni protette disattese per carenze funzionali delle RSA e residenze protette di posti disponibili e carenze di PDTA specifici verso le strutture del territorio.

I Direttori hanno espresso proprie considerazioni riguardo la domanda posta.

Il Direttore di Presidio INRCA Ancona puntualizza sull'importanza dell'adozione di percorsi operativi definiti di dimissione protetta e considera fondamentale l'attività svolta dal Servizio Sociale Ospedaliero nei presidi INRCA, che contribuisce ad approccio integrato sociosanitario alla cura della persona in ambito ospedaliero.

Il Direttore di Dipartimento POR INRCA di Fermo ha aggiunto che l'aumento del numero di dimissioni protette è un evento naturale in considerazione della situazione demografica italiana ed era assolutamente prevedibile. L'avvento del COVID-19 ha messo a dura prova l'intero sistema delle cure ed ha esacerbato le difficoltà in capo alle famiglie ed al sistema dell'offerta dei servizi territoriali. Sottolinea inoltre che nel PO Murri di Fermo, ospedale da cui provengono i pazienti che vengono ricoverati all'INRCA di Fermo, non è presente il Servizio Sociale Ospedaliero e pertanto la presa in carico di pazienti fragili con problematiche sociali vengono effettuate all'INRCA di Fermo attraverso un numero consistente di dimissioni protette.

Per quanto riguarda gli operatori assistenti sociali la domanda n.1 ha riguardato l'individuazione di elementi di forza e criticità in merito agli strumenti di valutazione UVINRCA e l'UVI Unica Distrettuale.

Per quanto riguarda i punti di forza il quesito ha prodotto i seguenti elementi comuni:

- Le unità valutative rappresentano la massima integrazione tra le competenze dei professionisti e degli strumenti sia dell'Inrca che del Distretto, nella facilitazione dei percorsi di continuità dell'assistenza territorio-ospedale-territorio, nella condivisione e pianificazione del PAI in modo integrato tra i professionisti delle due Aziende.
- La condivisione dei flussi informativi relativi ai pazienti oggetto delle valutazioni dei bisogni socio-assistenziali dei pazienti è un ulteriore vantaggio per la progettazione della continuità delle cure dell'assistenza del paziente.
- Il paziente e le famiglie vengono informate ed accompagnate nel percorso di dimissione ospedaliera e sono parte attiva e fondamentale nella valutazione.

Sono emerse, dagli operatori intervistati, delle differenze rispetto alle attività delle Unità Valutative dell'INRCA di Ancona e dell'UVI Distrettuale AV4.

L'assistente sociale INRCA Ancona sottolinea che l'UVINRCA permette una gestione a livello centrale dei percorsi di continuità assistenziale e, di conseguenza, consente anche un monitoraggio continuo dei flussi e di verificare gli input e gli outcomes di appropriatezza. L'operatore ha messo in evidenza che si sono riscontrate delle criticità nella fase iniziale dell'attività dell'UNINRCA perché non è stato facile avere subito l'adesione di tutti gli operatori coinvolti nel

processo di valutazione. Nel tempo ci si è resi conto che un sistema di valutazione integrato per le dimissioni protette poteva portare benefici e condivisione.

L'assistente sociale AV4 ha sottolineato che il maggiore punto di forza dell'UVI Unica Distrettuale della AV 4 è determinato dal superamento di risposte territoriali frammentarie, poiché, in precedenza le valutazioni dei pazienti erano effettuate da UVI distrettuali con competenze in territori diversi, creando delle disomogeneità nei percorsi di presa in carico verso cure domiciliari e/o cure residenziali. La difficoltà maggiore, evidenzia l'operatore, è la continua costruzione dell'integrazione tra sociale e sanitario e tra istituzioni diverse (ospedale e territorio) che sono ancora portatrici di ottiche differenti.

La domanda n.2 ha riguardato la tematica relativa al cambiamento della domanda di dimissione protetta negli ultimi anni e con l'avvento della pandemia COVID-19 ed è stato chiesto agli intervistati di specificare in che modo è avvenuto il cambiamento e su quali aspetti si è intervenuti maggiormente.

Gli intervistati hanno evidenziato i seguenti aspetti comuni:

- Negli ultimi anni, la richiesta di dimissione protetta è stata in tendenziale aumento soprattutto verso la residenzialità, a fronte di pazienti dalla complessità assistenziale sempre maggiore;

- L'avvento della pandemia COVID-19 ha determinato un incremento delle richieste di valutazione di pazienti, anche positivi, che ha reso necessaria una riorganizzazione dell'offerta residenziale territoriale come intervento immediato alcune strutture residenziali sono state riconvertite in via straordinaria con posti letto dedicati ai pazienti positivi, impossibilitati, per motivi socio-sanitari, ad essere gestiti al proprio domicilio.
- La risposta di intervento è stata caratterizzata dall'emergenza da offerte di servizi temporanei, con il rischio di una mancata strutturazione sul territorio.

Sono emersi elementi di differenziazione da parte degli intervistati.

Il Direttore di Presidio INRCA Ancona afferma che negli ultimi due anni, con l'avvento del Covid, la domanda di dimissioni protette è cambiata continuamente in relazione al succedersi delle varie ondate pandemiche. La domanda è aumentata con la necessità di dover garantire ai pazienti Covid positivi la dimissione in strutture dedicate non essendo possibile in moltissimi casi il trasferimento diretto a domicilio. Sono altresì aumentati i cosiddetti casi sociali legati direttamente o indirettamente alla pandemia; ciò a causa del peggioramento del quadro socio economico complessivo che ha inciso in maniera importante anche sul tessuto economico e sociale regionale.

Il Direttore di Dipartimento Por INRCA di Fermo spiega che la risposta di intervento è stata caratterizzata dall'emergenza quindi data da offerte di servizi temporanei, con il rischio di una mancata strutturazione sul territorio, cosa che non possiamo più permetterci.

L'assistente sociale INRCA Ancona ha sottolineato che non ci sono stati interventi strutturati se non quelli legati all'emergenza (trasformazione reparti COVID e strutture residenziali convertite per la gestione di pazienti positivi).

L'assistente sociale AV4 ha sottolineato che durante la pandemia si è verificata una flessione delle richieste dal territorio di inserimento in residenza protetta dal domicilio e numerose famiglie che avevano inserito i propri anziani nelle liste di attesa per RP hanno rifiutato l'ingresso. Le valutazioni in questi casi non sono state effettuate. L'operatore ritiene che le forti limitazioni nelle modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali territoriali e, in alcuni momenti di maggiore criticità pandemica, anche il divieto di accesso da parte dei parenti degli ospiti nelle strutture, abbia influito nella decisione di alcune famiglie di rimandare gli ingressi.

Alla Domanda n.3 è stato chiesto quali vantaggi possono essere offerti dal nuovo impianto normativo della regione Marche attraverso le nuove linee guida della Regione Marche sulla dimissione protetta, dal punto di vista operativo,

rispetto alle procedure già in atto presso INRCA e rispetto alla procedura territoriale (AV4).

Gli intervistati hanno posto in evidenza un elemento comune, ovvero che le nuove linee guida della Regione Marche presentano l'opportunità di ridurre le differenze che esistono a livello regionale dal punto di vista delle procedure di dimissione protetta.

I Direttori e gli operatori hanno precisato ulteriori elementi.

Il Direttore di Presidio INRCA Ancona afferma che a livello di operatività clinica, l'adozione delle linee guida consentirà una migliore pianificazione delle dimissioni in base ai bisogni effettivi dell'utente con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita della persona.

Il Direttore di Dipartimento POR INRCA di Fermo spiega che l'adozione delle linee guida omogenee in tutto il territorio regionale consentiranno di migliorare ulteriormente l'appropriatezza degli interventi di dimissione protetta.

L'assistente sociale Inrca Ancona osserva che per il servizio sanitario regionale, la possibilità di uniformare le scale utilizzate per valutare il bisogno e le condizioni dell'utenza e l'impiego del SIRTE offrono la possibilità di avere dati oggettivi e di migliorare la programmazione dell'offerta di servizi.

L'assistente sociale AV4 sottolinea che la scelta della regione di operare in modo uniforme attraverso l'adozione di specifiche linee guida determina cambiamenti significativi a tutti i livelli.

Alla domanda n.4 si è chiesto a tutti gli intervistati se e in quale modo la nuova configurazione territoriale prevista dal PNRR, che dedicherà grande investimento all'istituzione delle Case di Comunità, potrà intervenire e supportare percorsi di dimissione protetta e di continuità assistenziale delle persone anziane.

Gli intervistati hanno portato ciascuno il proprio specifico contributo.

Il Direttore di Presidio INRCA di Ancona afferma che le Case di Comunità possono offrire una maggiore opportunità di gestione delle cronicità nel territorio, aiutando pazienti e famiglie e agevolando i percorsi di dimissione protetta verso il territorio.

Il Direttore di Dipartimento POR INRCA di Fermo sottolinea che nelle Case di Comunità sarà disponibile un team multidisciplinare di MMG, PLS, medici specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti afferenti al sistema sociosanitario, con il quale si potrà realizzare anche una migliore integrazione con il sistema sociale.

L'assistente sociale INRCA di Ancona afferma di vedere nelle Case di Comunità una grande prospettiva come servizi di supporto alla cronicità e che porterà a una migliore presa in carico sul versante territoriale ed una riduzione

dell'ospedalità evitabile. Rispetto alla dimissione protetta, sottolinea, non crede vi sarà un impatto effettivo, ma una maggior potenziale sul versante della promozione alla salute.

L'assistente sociale AV4 ritiene che i cittadini potranno ricevere prestazioni di specialistica di primo livello e servizi di supporto, per favorire la promozione della salute, prevenzione e presa in carico dei bisogni.

Alla domanda finale "Osservazioni che vorrebbe aggiungere" gli intervistati hanno espresso le proprie considerazioni.

Il Direttore di Presidio INRCA di Ancona evidenzia l'importanza di partecipare a tavoli di lavoro regionali in modo permanente sulle tematiche sanitarie e sociosanitarie affinché il contributo degli operatori del territorio, che vivono i cambiamenti, possano supportare le scelte programmatiche e di governo.

Il Direttore di Dipartimento INRCA di Fermo sottolinea che è indispensabile che la regione si occupi di costruire un PDTA per le cure territoriali e ospedaliere dei pazienti in palliazione geriatrica attraverso percorsi specifici utili alle cure di fine vita in ospedale e nel territorio, migliorando la qualità di vita del paziente e dei familiari, al fine di contenere i ricoveri in ospedale e prestazioni sanitarie inutili, di dare sostenibilità al SSN dando cure appropriate e non spropositate e sostenendo la cultura umanizzante di un fine vita dignitoso. Nel tempo, ribadisce, si è notato che il sistema delle cure primarie non

è stato efficace ed efficiente per pazienti di notevole complessità perché i medici di medicina generale non sono stati, anche attualmente, sostenuti adeguatamente a livello di sistema.

L'Assistente sociale POR INRCA Ancona ha evidenziato l'importanza della condivisioni di flussi informativi relativi ai pazienti, nell'ottica di una reale integrazione sociosanitaria tra operatori sociali della sanità e degli EELL, attraverso strumenti e cartelle informatizzate congiunte, per il continuo miglioramento delle prese in carico dei soggetti fragili.

L'Assistente sociale Area Vasta n4 di Fermo auspica che il nuovo modello di assistenza territoriale rinforzi l'integrazione sociosanitaria e permetta a tutti i professionisti sanitari e socio sanitari di avere ulteriori strumenti operativi per la presa in carico dei pazienti, in particolare i più fragili.

3.5 OSSERVAZIONI E PROSPETTIVE

In generale dai dati esposti si nota un tendenziale aumento delle richieste di dimissione protetta nei Presidi INRCA di Ancona e Fermo nel corso dei quattro anni considerati, e, in modo significativo, un aumento importante in quello di Fermo nell'anno 2021, che corrisponde al periodo COVID-19.

L'ipotesi iniziale, ovvero quella di appurare se vi sia stato un aumento significativo della richiesta di dimissione protetta, sembra essere confermata.

L'incremento di richieste di dimissioni protette c'è stato nel POR INRCA di Fermo a seguito della pandemia COVID-19 e questo, come esplicitato dal Direttore di Dipartimento INRCA di Fermo, può essere ricondotto a due fattori: in primo luogo, la pandemia ha messo a dura prova l'intero sistema dell'offerta dei servizi territoriali, rendendo difficoltosa la gestione dei pazienti fragili da parte delle famiglie. In secondo luogo, il fatto che nel PO Murri di Fermo, ospedale da cui provengono i pazienti che vengono ricoverati all'INRCA di Fermo, non sia presente il Servizio Sociale Ospedaliero, che possa prendere in carico tempestivamente pazienti anziani fragili con problematiche sociali, fa sì che in Presidio di piccole dimensioni, come il POR INRCA di Fermo, vi sia un numero così alto di dimissioni protette. E' necessaria una riorganizzazione dell'offerta residenziale territoriale di tipo strutturale in tutto il territorio regionale.

Un altro elemento che è stato rilevato è la tipologia di dimissione protetta che vede quella di tipo residenziale in aumento rispetto a quella domiciliare, in modo considerevole nel POR INRCA di Ancona. La domanda è aumentata, come sostiene il Direttore di Presidio Inrca Ancona, a causa della necessità di dover garantire ai pazienti Covid positivi la dimissione in strutture dedicate non essendo possibile in moltissimi casi il trasferimento diretto a domicilio; inoltre il peggioramento del quadro socio economico complessivo dovuto dalla pandemia ha inciso in maniera importante anche sul tessuto economico e sociale.

Vista la rappresentazione numerica delle dimissioni protette nei POR INRCA di Ancona e Fermo, si evidenzia l'importante ruolo del parte del Servizio Sociale Ospedaliero INRCA, attraverso la presa in carico dei pazienti fragili con difficoltà sociali segnalati dai reparti di degenza, attivando interventi e percorsi di dimissione protetta nell'ottica dell'integrazione sociosanitaria e di continuità assistenziale.

E' evidente che la presenza dell'assistente sociale nel contesto ospedaliero INRCA, infatti, oltre a favorire lo snodo degli interventi tra sistema sanitario e sistema sociale, costituisce uno strumento strategico per concorrere all'attivazione di processi di cambiamento, connettere sistemi, leggere e interpretare la complessità, sostenendo altresì la funzione di collegamento tra il particolare ed il generale, tra l'utente e l'ambiente e la sua comunità, restituendo agli organi decisionali analisi e letture delle necessità riscontrate, finalizzate a ri-orientare ed eventualmente ri-programmare le azioni.

L'esperienza maturata dall'INRCA nei percorsi di dimissione protetta sia nel POR di Ancona che di Fermo, attraverso le proprie procedure operative, ha permesso di adottare di percorsi operativi definiti nei due Presidi.

Ci si aspetta che l'adozione delle nuove linee guida di dimissione protetta della Regione Marche rendano omogenei questi percorsi in tutto il territorio regionale e che possano consentire a migliorare ulteriormente l'appropriatezza

degli interventi di dimissione protetta e che riducano le differenze che esistono a livello regionale dal punto di vista delle procedure.

Le attività di valutazione multidisciplinare dell'UVINRCA E UVI Unica distrettuale, sono elementi fondamentali per l'individuazione di setting assistenziali appropriati per i pazienti fragili e, sebbene in questa indagine siano state presentate due strutturazioni differenti, ma declinate nelle realtà dei Presidi INRCA di Ancona e Fermo, possono essere considerati a pieno titolo strumenti di integrazione sociosanitaria.

Molte sono le aspettative riguardo gli effetti che possono generare dall'istituzione delle Case di Comunità previste dal PNRR sui percorsi di dimissione protetta. La nuova strutturazione territoriale può offrire una maggiore opportunità di gestione delle cronicità nel territorio, aiutando pazienti e famiglie e agevolando i percorsi di dimissione protetta territoriale. Si evince, infatti, dai contributi delle interviste che il sistema delle cure primarie non sia stato efficace ed efficiente per pazienti di notevole complessità e la pandemia probabilmente ha colpito un sistema già debole.

E' doveroso effettuare, infine, una considerazione rispetto l'importanza della valutazione multidisciplinare nelle dimissioni protette attraverso cui le unità valutative definiscono, tramite la valutazione multidimensionale e la redazione del PAI, i percorsi di cura appropriati per i pazienti che necessitano di continuità assistenziale dopo il ricovero ospedaliero. La condivisione di un metodo di lavoro

integrato, che si basa sull'integrazione professionale tra operatori sanitari e sociali e sul lavoro in equipe, è un elemento di forza nell'ambito della nuova configurazione territoriale prevista dal PNRR. All'interno delle Case di Comunità (CdC), infatti, è previsto un team multiprofessionale composto da MMG, PLS, medici specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti afferenti al sistema sanitario ed al sistema sociale, che attraverso gli strumenti della valutazione e della redazione del piano personalizzato di cura, potrà essere capace di facilitare l'offerta di percorsi integrati e presa in carico dei pazienti nel territorio. Le diverse competenze professionali attese all'interno delle Case di Comunità, tramite il lavoro integrato, potranno offrire una risposta anche a bisogni complessi, e rappresentare un punto di riferimento per comunità di riferimento.

CAPITOLO 4

PNRR, INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E DIMISSIONI PROTETTE: NUOVE SFIDE

4.1 LE MISSIONI DEL PNRR: LA SALUTE

Al fine di riparare i danni economici e sociali prodotti dalla pandemia ed al fine di rispondere alle difficoltà generate dalla recessione economica, l'Unione Europea (UE) ha previsto la realizzazione di un impegnativo programma di investimenti, attraverso lo strumento Next Generation EU, piano pensato per stimolare la ripresa (www.european-union.europa.eu/index_it).

Sarà il più ingente pacchetto di misure di stimolo mai finalizzato in Europa: il dispositivo per la ripresa e la resilienza è il fulcro di Next Generation EU e metterà a disposizione 723,8 miliardi di euro di prestiti e sovvenzioni per sostenere le riforme e gli investimenti effettuati dagli stati membri.

Il 13 luglio 2021 il Consiglio Economia e Finanza (ECOFIN) dell'UE ha dato l'approvazione finale ai primi 12 Piani nazionali di ripresa e resilienza tra questi lo Stato Italiano. Tutti gli interventi previsti saranno realizzati entro cinque anni.

Il PNRR Italiano descrive quali progetti l'Italia intende realizzare grazie ai fondi comunitari. Il Piano delinea inoltre come tali risorse saranno gestite e

presenta anche un calendario di riforme collegate in parte, all'attuazione del Piano ed in parte alla modernizzazione del paese.

Il Piano è stato realizzato seguendo le linee guida emanate dalla Commissione Europea e si articola su tre assi principali: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica e inclusione sociale.

Il PNRR raggruppa i progetti di investimento in 16 componenti a loro volta raggruppate in 6 missioni:

- Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo
- Rivoluzione verde e transizione ecologica
- Infrastrutture per una mobilità sostenibile
- Istruzione e ricerca
- Coesione ed inclusione
- Salute

L'Italia è la principale beneficiaria di questo nuovo programma di finanziamento comunitario e a tali risorse se ne aggiungeranno altre di cui il nostro paese beneficerà nell'ambito del programma Assistenza alla ripresa per la coesione e i territori d'Europa (React-EU).

La missione 6 tratta della salute che a sua volta raggruppa due macro missioni: M6C1 –Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale e M6C2 –Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Il 20 gennaio 2022 è stato approvato il decreto ministeriale del PNRR Salute che nel complesso impegna oltre 8 miliardi e 42 milioni di euro.

Gli interventi della missione 6 prevedono le seguenti azioni:

Per la Component 1- Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale:

- La realizzazione di 600 Centrali Operative Territoriali entro il 1° semestre 2024;
- La realizzazione di 1350 Case di Comunità;
- La realizzazione di 400 Ospedali di Comunità, entro il primo semestre 2026;

Per la Component 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale:

- Sostituzione di 3100 di grandi apparecchiature entro la fine del 2024;
- L'ultimazione di 280 interventi di digitalizzazione di DEA (Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione) di I e II livello entro il 2025;
- Ultimazione di 109 interventi di antisismica ed interventi nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) per la riabilitazione territoriale, servizi di assistenza primaria , Ospedali di Comunità e Consultori entro il 2025;
- Sviluppo di competenze tecnico professionali , digitali e manageriali per 293.386 dipendenti del SSN entro il primo semestre 2026.

4.2 LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE E RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE MARCHE

Il 21 aprile 2022 viene emanata la Delibera sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale» (*Gazzetta Ufficiale*-Serie Generale n.102 del 03-05-2022) che detta gli standard per l'assistenza territoriale. Il punto di partenza e il riferimento per il nuovo percorso è il DM 71, nato sulla scorta della Missione 6, Componente 1 del PNRR. “È il “regolamento” che “riorganizza la sanità territoriale” e che assegna al distretto un'ulteriore “centralità nell'assistenza sociosanitaria”. Le diverse articolazioni dei servizi opereranno nella logica di mettere in risalto come gli interventi siano sempre più integrati e multiprofessionali.

Il nuovo modello di assistenza sul territorio si muove su quattro principi cardine:

- La medicina di popolazione, che ha come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione e identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.

- La Sanità di Iniziativa, modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione e educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.
- Il principio della stratificazione della popolazione per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, che permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.
- Il progetto di salute, uno strumento di programmazione, gestione e verifica che associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva sin dall'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi setting di cura e rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di E-HEALTH. Inoltre organizza le informazioni per il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito, in

relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI, così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente, contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.

Il Distretto Sociosanitario rappresenta l'articolazione sul territorio dell'azienda sanitaria e prevede almeno 1 Casa della Comunità (hub/spoke) che saranno sede degli ambulatori di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta (PLS), tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio per favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) e sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente. La riorganizzazione prevede un Infermiere di Famiglia e Comunità ogni 3.000 abitanti; è prevista una Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti, una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore ed un ospedale di comunità. ogni 100.000 abitanti.

Il documento descrive la Casa della Comunità che è il luogo fisico di riferimento per la comunità su cui insiste e dove lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di

interventi sanitari e di integrazione sociale. E' un luogo di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria per la risposta a un proprio bisogno di salute. Viene introdotto un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso un'equipe multiprofessionale territoriale.

Viene definita l'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) che è un'equipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni e condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a carico di individui che a carico di comunità. Il documento prevede inoltre la Centrale Operativa Territoriale (COT) che è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Viene poi istituita la Centrale Operativa 116.117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Attenzione particolare è dedicata all'Assistenza Domiciliare che è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

Lo standard individuato è 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente. Nell'ambito delle strutture territoriali viene descritto l'Ospedale di Comunità (almeno uno ogni 100.000 ab) che è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Nel decreto è descritta la rete delle cure palliative, costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, domiciliare e in hospice. I servizi della rete garantiscono cure e assistenza a favore di persone affette da patologie ad andamento cronico, evolutivo e a prognosi infausta per le quali non esistono terapie o se esistono sono inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita. Un ulteriore tema trattato è la telemedicina, che rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari e che consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione e di digitalizzazione per migliorare e supportare i processi e accompagnare gli utenti nel percorso di cura.

All'interno delle equipe operanti nel distretto l'assistente sociale potrà

essere presente nelle Case di Comunità e curerà anche la collaborazione con il Servizio sociale degli Ambiti territoriali sociali. Un assistente sociale che si aggiunge ai professionisti previsti nelle equipe specialistiche già presenti è fondamentale e, nel decreto vengono definiti standard per molti dei servizi dove la componente sociale è fondamentale, dai consultori familiari, alle reti delle cure palliative sino agli ospedali di territorio. Questo elemento è essenziale e a garanzia dei Livelli Essenziali e delle Prestazioni Sociali (LEPS).

La presenza di operatori sanitari e sociali sono elementi imprescindibili per avviare il percorso di riorganizzazione territoriale con una vision maggiormente integrata tra servizi, offerta sociosanitaria e professionisti per essere sempre più rispondenti ai problemi dei cittadini.

4.3 L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA E DIMISSIONE PROTETTA NEL PNRR MARCHE

Con il PNRR obiettivo Salute ci si prefigge quindi di rilanciare a livello programmatico il SSN e nello specifico i modelli del Servizio Sanitario Regionali.

In modo particolare, come ha dichiarato Massimiliano Fedriga, Presidente della Conferenza delle Regioni in un video messaggio inviato al 53° Congresso SUMAI Assoprof a Roma il 13 ottobre 2021 “L’opportunità del PNRR è sicuramente occasione da sfruttare, ma non può essere solamente una parentesi; deve essere un rilancio strutturale delle politiche nazionali. In particolar modo gli

investimenti decisi nel PNRR per la sanità devono essere uno strumento che possa garantire nuove occasioni e nuove possibilità di cura ramificata dei cittadini. Gli obiettivi strategici del Piano permetteranno lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati , sostenibili e personalizzati, che vengono definiti per ciascun paziente”.

L’insieme di questa missione e della politica di riforma e rilancio del SSN avviene dopo le drammatiche criticità emerse nella pandemia e mira al potenziamento dell’assistenza sanitaria territoriale e della rete sanitaria territoriale.

Il 14 febbraio 2022 la Giunta regionale Marche ha assunto la Delibera di programmazione sanitaria in attuazione del PNRR in tema di reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale.

L’atto approvato costituisce un’azione particolarmente incisiva sulla programmazione sanitaria per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale prevista dal PNRR *prevedendo* il potenziamento e la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ed extraospedalieri tra le principali linee di sviluppo tracciate dal PNRR e in particolare nella misura che riguarda l’assistenza sanitaria territoriale.

Il PNRR prevede nuovi modelli organizzativi di servizi al fine della presa in carico unitaria socio-sanitaria delle segnalazioni non urgenti di assistiti fragili a livello distrettuale da parte di vari operatori per l’accesso guidato, nella

rete di servizi territoriali e in dimissione protetta ospedaliera, all'assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale e residenziale e nei passaggi tra luoghi di cura diversi. Questo modello assistenziale è l'evoluzione del Punto Unico di Accesso (PUA) ai servizi socio-sanitari già definito dal D.M. Sanità 10 luglio 2007 all'interno delle Case della Salute e attivo a livello dei distretti sanitari.

Per quanto riguarda il Piano approvato dalla Regione Marche l'attenzione della programmazione sanitaria si concentra sullo sviluppo dell'Assistenza Territoriale, ed, in particolare sulla misura che riguarda, "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

Nello specifico il PNRR regionale identifica due tipologie di strutture: le Case di Comunità (CdC) e gli Ospedali di Comunità (OdC) .

Le Case di Comunità (CdC) sono un modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Un ruolo fondamentale è assolto dal team multi professionale di MMG, PLS, medici specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti non solo afferenti al sistema sanitario ma anche al sistema sociale. La compresenza di questi professionisti, lo sviluppo di un adeguata struttura informativa che consenta tra questi e le altre unità di offerta del sistema sanitario, sociosanitario e sociale, la possibilità di erogare prestazioni di specialistica di primo livello e servizi di supporto all'utenza fragile, ne fanno un punto di riferimento continuativo e di

prossimità per la popolazione, garantendo promozione della salute, prevenzione e presa in carico dei bisogni.

La ricognizione condotta dalle strutture regionali e dall'Asur Marche ha individuato:

- 29 siti da destinare a CdC
- 9 siti da destinare a OdC
- 15 siti da destinare a COT

4. LE PROSPETTIVE FUTURE DELLA DIMISSIONE PROTETTA

Con il PNRR si prevede una nuova configurazione dei servizi territoriali attraverso le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali. Si delinea quindi il potenziamento del nuovo setting territoriale al fine di garantire la continuità assistenziale, soprattutto in caso di dimissione ospedaliera protetta, anche per evitare inutili ricoveri.

La prospettiva è dunque supportare i percorsi di dimissione protetta attraverso la collaborazione tra istituzioni, professionisti sanitari e sociali con i pazienti, le loro famiglie, i caregiver, i cittadini e le loro associazioni per la presa in carico adeguata delle persone assistite con lo scopo di aumentare la qualità dei servizi sanitari e sociali a partire dalla conoscenza dei bisogni e delle capacità dei pazienti (comunicazione, responsabilizzazione dei professionisti e degli operatori,

delle persone assistite, delle famiglie, delle comunità, condivisione dei progetti di salute e di cura), fino alla riorganizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari verso un nuovo disegno di politiche sanitarie che siano vicini alla popolazione fragile.

L'esperienza dei percorsi di dimissioni protetta INRCA descritte in questo lavoro di tesi nel secondo capitolo, attraverso l'individuazione di precise fasi operative, fanno riflettere su quanto sia importante utilizzare modalità di lavoro condivise, procedure congiunte, implementazione di percorsi concordati da professionisti del sistema sanitario e sociale. Ci si aspetta quindi un'adeguata struttura organizzativa a supporto dei servizi sanitari e sociali, oltre che strutturale, per garantire omogeneità della presa in carico della persona fragile da parte dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri.

Occorre fare molta attenzione affinché non emerga il rischio che le Case di Comunità rappresentino di per sé una fornitura di servizi aggiuntivi o che siano considerate come dei grandi ambulatori, ma entrino compiutamente a livello organizzativo in una comune prospettiva di salute, intesa come benessere individuale e collettivo, che possa rendere concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

CONCLUSIONI

La dimissione protetta rappresenta una pratica di integrazione sociosanitaria, capace di accompagnare un paziente cronico/fragile da un setting di cura ad un altro, in un'ottica di continuità assistenziale. La dimissione protetta è un percorso di tutela della persona "fragile", ossia quella persona "a rischio" a causa delle condizioni precarie di salute o per la mancanza di un adeguato supporto di reti familiari, parentali o per inadeguate condizioni socio-economiche. La sinergia di interventi sanitari e sociali permette di omogenizzare i percorsi ospedalieri con quelli territoriali al fine di superare la frammentazione dei servizi, assicurando in tal modo al cittadino la continuità delle cure e l'attivazione di percorsi di presa in carico globale della persone (Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023).

Il ripercorrere delle tappe dell'evoluzione dell'integrazione sociosanitaria a livello nazionale e regionale evidenzia in modo significativo quanto la tematica sia divenuta, nel tempo, obiettivo delle politiche sanitarie e sociali nei diversi livelli territoriali di governo e quanto sia di rilevanza strategica, in grado, cioè, di fornire risposte unitarie ai cittadini da parte del sistema dei servizi.

L'interessante progetto della regione Emilia Romagna, attraverso l'adozione di una procedura di dimissioni protette ospedaliere con modalità operative e tempistiche condivise e mediante l'integrazione dei servizi sanitari e

dei servizi sociali, del paziente e della famiglia nel loro contesto di vita, risulta essere tra i primi validi modelli sociosanitari operativi nella realtà italiana per affrontare le problematiche delle dimissioni ospedaliere complesse ritenuti.

Attraverso l'indagine sulla dimissione protetta condotta presso i presidi INRCA, presentata in questo lavoro di tesi, si è potuta constatare una richiesta crescente dei percorsi di dimissione protetta, soprattutto a seguito della pandemia Covid, che ha inciso profondamente sulla mancata strutturazione dei servizi territoriali capaci di rispondere alle esigenze delle persone fragili e sul tessuto economico e sociale regionale. Abbiamo avuto modo di appurare poi, quanto sia importante adottare delle procedure operative di riferimento precise della dimissione protetta, come quelle elaborate dall'INRCA.

Nella regione Marche, infatti, non è attualmente presente un sistema operativo uniforme per la dimissione protetta e a questo potrebbero rispondere le nuove linee guida della dimissione protetta attraverso cui la regione Marche intende uniformare questa tipologia di percorsi in tutto il territorio regionale, determinando con ciò cambiamenti significativi a garanzia del diritto alla salute delle persone fragili.

Una ulteriore considerazione emersa dall'indagine qualitativa è il bisogno, espresso dai Direttori e dagli operatori, che vi sia riorganizzazione

nell'offerta dei servizi, sia nel contesto ospedaliero che territoriale, per una risposta ai bisogni sociosanitari delle persone.

Il PNRR, che intende introdurre un nuovo modello di assistenza sul territorio, attraverso le Case della Comunità, è il frutto della consapevolezza, emersa in epoca Covid, della necessità di rafforzare il territorio e rappresenta l'occasione per sperimentare nuove modalità organizzative potenzialmente utili a migliorare l'assistenza alla popolazione, in modo particolare quella anziana.

L'intento è di rafforzare i sistemi sanitari centrati sulle persone, responsabilizzare i cittadini, investire su professionisti e operatori e sostenere il rapporto con le comunità.

E' un'opportunità da non perdere .

BIBLIOGRAFIA

Advancing Integration for a Dignified Ageing – Ministero del lavoro e delle politiche sociali. “Project (VS/2011/0052) - supported by the European Union Programme for Employment and Social Solidarity - PROGRESS (2007-2013) - Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane”, Roma, 2011.

Ascoli, U. (a cura di), *Il welfare in Italia*, Bologna , Il Mulino , 2011, p.75 e p.101.

Bissolo, G. e Fazzi, L. (a cura di), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, Carocci, 2005.

Brambilla A., Nicoli A., “La continuità dell’ assistenza in Emilia-Romagna”, Ars Emilia Romagna, 2010.

Brizzi L., Cava F.,” *L’integrazione socio-sanitaria. Il ruolo dell’assistente sociale*”, Carocci Faber, Roma, 2003.

Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G.,in *Sociologia della salute e della medicina*, Bologna, Il Mulino, 2020.

Costituzione della Repubblica Italiana, art.32.

D.P.C.M. 12.01.2017: “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

D.G.R.M. 23 febbraio 2015 n. 111 “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”. 3. Piano Sanitario Nazionale 2011 – 2013. 4. Presidenza del consiglio dei ministri, “Patto per la salute 2014-2016”, art. 6.

D.P.C.M. 12.01.2017: “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

D.G.R.M. 23 febbraio 2015 n. 110 “Piano regionale socio sanitario 2012-2014 – Istituzione e modalità operative dell’Unità Operativa funzionale Sociale e Sanitaria (U.O.SeS)”.

Ferrario, P., *Gli ospedali. Origini e tendenze attuali*, in M. Tognetti Bordogna (a cura di), *I confini della salute. Paradigmi da contestualizzare*, Milano, FrancoAngeli, 1989.

Field D. et Al.,1993, *The influence of health on family contacts and family in advanced old age: A longitudinal study*, in *Journal of Gerontology* , 48, pp. 18-28.

Glasby, J., 2017, *The Holy Grail of Health and Socila Care Integration*, in “*British Medical Journal*”, vol. 356, p.801.

Magi M., Moretti C., *Definizioni di salute e nuovi modelli di assistenza territoriale*, in *Relazioni di cura nell'era digitale*, Aracne Editrice, RM, 2019.

Ministero della Salute (2019) “Nuovo Sistema Informativo Nazionale”.

Reiss D., Kaplan De-Nour A. K., 1989, “*The Family and Medical Team in Chronic Illness. A Transactional and Developmental Perspective*”, in Ramsey C. N. Jr.

Presidenza del consiglio dei ministri, “Patto per la salute 2014-2016”, art. 6.

Vicarelli G., Giarelli G., *Il Libro Bianco del Servizio Sanitario Nazionale e l’impatto della pandemia Covid-19*, FrancoAngeli, Milano, 2021.

Zingarelli N., *Vocabolario della lingua italiana*, Zanichelli, Bologna, 1999; p.920.

SITOGRAFIA

www.salute.gov.it

www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2.jsp?

www.openpolis.it/parole/cose/pnrr-piano-nazionale-ripresa-e-resilienza

www.agendadigitale.eu/sanita/la-sanita-digitale-nella-regione

www.agendadigitale.eu/sanita/la-sanita-digitale-nella-regione-marche

www.ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe

www.european-union.europa.eu/index_it

www.salute.gov.it/portale/news

www.regione.marche.it/News-ed-Eventi

www.quotidianosanita.it

www.grg-bs.it/usr_files/eventi/journal_club/59/boffelli-22-6-2018.pdf

www.welforum.it

www.inrca.it


www.luoghicura.it/operatori/strumenti-e-approcci/2008/03

www.sfse.sanita.marche.it/

www.new.ars.marche.it

ALLEGATI


- Allegato n.1 Scheda MI-CHOICE
- Allegato n.2 Scheda CIRS
- Allegato n.3 Scheda GEFI

 13 Rev. 03 del 11/12/2012	SCHEDA SCREENING (MI- CHOICE)	M.PO34.AN.FE.M01 Pag 1 di 1
---	--------------------------------------	--------------------------------

NOME _____ COGNOME _____ DATA NASCITA ___/___/___
 DATA RICOVERO ___/___/___ UNITA' OPERATIVA: _____ N° CARTELLA CLINICA _____

SEZIONE A: ANAGRAFICA		
1. Sesso: <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina	2. Et�: <input type="checkbox"/> Meno di 65 anni <input type="checkbox"/> 65-74 anni <input type="checkbox"/> 75-84 anni <input type="checkbox"/> Pi� di 85 anni	3. Stato civile: <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Coniugato/a- Convivente <input type="checkbox"/> Separato/a - Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a
4. Titolo di studio: <input type="checkbox"/> Nessun Titolo <input type="checkbox"/> Elementare <input type="checkbox"/> Media inferiore <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> Laurea e post-laurea	5. Professione: Che tipo di lavoro svolge o ha svolto prima della pensione? <input type="checkbox"/> Disoccupato <input type="checkbox"/> Inabile al lavoro <input type="checkbox"/> Casalinga <input type="checkbox"/> Dirigente/Libero Professionista <input type="checkbox"/> Artigiano/Commerciante/ Tecnico <input type="checkbox"/> Impiegato/Insegnante <input type="checkbox"/> Operaio	Pensionato? Si NO
6. Con chi vive? <input type="checkbox"/> Da solo con il sostegno dei familiari <input checked="" type="checkbox"/> Da solo senza il sostegno dei familiari <input type="checkbox"/> Con il coniuge <input type="checkbox"/> Con i familiari (SPECIFICARE _____) <input type="checkbox"/> Con badante <input type="checkbox"/> Con amici/conoscenti	7. Dove vive? <input type="checkbox"/> In casa di propriet� <input type="checkbox"/> In casa in affitto <input type="checkbox"/> In casa di riposo <input type="checkbox"/> In residenza protetta - RP- (SPECIFICARE _____) <input type="checkbox"/> In Residenza sanitaria assistenziale- RSA- (SPECIFICARE _____)	<input type="checkbox"/> In comunit�/ casa accoglienza (SPECIFICARE _____) <input checked="" type="checkbox"/> Senza fissa dimora <input type="checkbox"/> Altro _____
8. Esenzione Ticket per: <input type="checkbox"/> Patologia <input type="checkbox"/> Invalidit� <input type="checkbox"/> Et� <input type="checkbox"/> Reddito	9. Chi si occupa principalmente dell'assistenza del paziente? <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlia/o <input type="checkbox"/> Altro familiare (SPECIFICARE _____) <input type="checkbox"/> Badante <input type="checkbox"/> Nipote/i <input checked="" type="checkbox"/> Assistenza Domiciliare territoriale (ADI-SAD) <input checked="" type="checkbox"/> Nessuno	

In presenza di uno o pi  di questi criteri si consiglia l'attivazione del percorso di Dimissione Protetta

23	 SCHEDA SCREENING (MI- CHOICE)	M.PO34.AN.FE.M01

SEZIONE B: VALUTAZIONE FUNZIONALE		
1. Negli ultimi 7 giorni, il paziente è stato capace di prendere decisioni ragionevoli senza difficoltà? (1 punto)*	SI	NO*
2. Negli ultimi 3 mesi il paziente è stato disorientato o agitato? (1 punto)*	SI*	NO
Se sì, la sicurezza del paziente è stata messa in pericolo OPPURE sono intervenute altre persone per proteggerlo? (1 punto)*	SI*	NO
3. Negli ultimi 7 giorni, il paziente è stato in grado di farsi comprendere? (1 punto)*	SI	NO*
4. Negli ultimi 7 giorni, il paziente ha avuto comportamenti aggressivi nei confronti di altri? (1 punto)*	SI*	NO
5. Negli ultimi 7 giorni, il paziente è stato capace di gestire se stesso, se lasciato solo? (1 punto)*	SI	NO*
6. Negli ultimi 7 giorni il paziente si è mai mobilizzato nel letto senza aiuto o supervisione OPPURE con aiuto/supervisione solo per 1-2 volte? (1 punto)*	SI	NO*
7. Negli ultimi 7 giorni il paziente si è mai vestito senza aiuto o supervisione OPPURE con aiuto/supervisione solo per 1-2 volte? (1 punto)*	SI	NO*
8. Negli ultimi 7 giorni il paziente si è mai lavato senza aiuto o supervisione OPPURE con aiuto/supervisione solo per 1-2 volte? (1 punto)*	SI	NO*
9. Negli ultimi 7 giorni il paziente è stato in grado di deambulare in spazi chiusi anche con ausili? (1 punto)*	SI	NO*
10. Negli ultimi 7 giorni, il paziente ha avuto una riacutizzazione di una patologia cronica? (1 punto)*	SI*	NO
11. Negli ultimi 30 giorni il paziente ha avuto problemi cutanei (es. ustioni, contusioni, prurito, lesioni da decubito, etc) (1 punto)*	SI*	NO
12. Nelle ultime 2 settimane il paziente ha ricevuto terapia endovenosa? (1 punto)*	SI*	NO
13. Negli ultimi 3 mesi, il paziente si muove con l'aiuto di altri? (2 punti)*	SI*	NO
Totale punteggio		

NB: Attribuire il punteggio indicato tra parentesi all'asterisco

SEZIONE C: CARICO ASSISTENZIALE		
1. Negli ultimi 30 giorni un infermiere si è preso cura del paziente? OPPURE : E' stata programmata un'assistenza infermieristica per il paziente nei prossimi 30 giorni? (1 punto)*	SI*	NO
2a. Negli ultimi 7 giorni le condizioni del paziente hanno reso necessaria la preparazione dei pasti da parte di altri? OPPURE : non c'è stata necessità di preparare i pasti? (1 punto)*	SI*	NO
2b. Il paziente ha richiesto aiuto o supervisione per muoversi all'interno dell'abitazione? OPPURE : Il paziente non si muove/si muove con sedia a rotelle? (1 punto)*	SI*	NO
totale punteggio		

NB: Attribuire il punteggio indicato tra parentesi all'asterisco (BARRARE OPZIONE DI SEGUITO)

- Punteggio **MINORE A 7** nella SEZIONE B: il paziente può essere dimesso a *domicilio*.
- Punteggio **MAGGIORE O UGUALE A 7** nella SEZIONE B: il paziente può essere assistito in *strutture residenziali*.
- Punteggio **INFERIORE A 7** nella SEZIONE B e **MAGGIORE O UGUALE A 2** nella SEZIONE C: il paziente può essere *assistito a domicilio (ADD)*.

CUMULATIVE INDEX RATING SCALE (CIRS)

Indice di comorbilità

Sig./ra.....

Nato/a il

Sede della valutazione.....
UOC acuzie..... Post acuzie.....
Day hospital..... Ambulatorio.....
Data della valutazione.....

	1	2	3	4	5
CUORE	1	2	3	4	5
IPERTENSIONE ARTERIOSA	1	2	3	4	5
APP. VASCOLARE (sangue, vasi, midollo osseo, milza, sistema linfatico)	1	2	3	4	5
APP. RESPIRATORIO	1	2	3	4	5
ORL	1	2	3	4	5
APP. DIGERENTE primo tratto (esofago, stomaco, duodeno, vie biliari, pancreas)	1	2	3	4	5
APP. DIGERENTE secondo tratto (intestino , ernie)	1	2	3	4	5
PEGATO	1	2	3	4	5
RENE	1	2	3	4	5
APP. URO-GENITALE	1	2	3	4	5
APP. MUSCOLO-SCHELETRICO E CUTE	1	2	3	4	5
SISTEMA NERVOSO (cervello, midollo spinale, nervi periferici)	1	2	3	4	5
SISTEMA ENDOCRINO –METABOLICO (diabete, infezioni)	1	2	3	4	5
STATO MENTALE E COMPORTAMENTALE (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	1	2	3	4	5

Legenda

1	Nessuna menomazione	
---	---------------------	--

2	Menomazione lieve	Non interferisce con le normali attività, trattamento facoltativo, prognosi eccellente
3	Menomazione moderata	Interferisce con le normali attività, trattamento necessario, prognosi buona
4	Menomazione grave	Determina disabilità grave , trattamento necessario e/o urgente, prognosi riservata
5	Menomazione molto grave	

PUNTEGGIO COMPLESSIVO CIRS

Il medico esaminatore

Allegato n.3



INPCA
Istituto Nazionale
per la Ricerca
e l'Assistenza
in Cure e Cura

VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (GEFI)

M.PO34.AN.FE.M02

Rev. 03 del 11/12/2012

pag1 di 1

NOME E COGNOME _____ DATA NASCITA __/__/__

U.O. _____

DATA di compilazione: _____

FATTORI SOCIO - AMBIENTALI

GE11 - FABBISOGNO ASSISTENZA INFERMIERISTICA		GE14 - SITUAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA	
Buona salute, non necessita di ass. infermierist.	0	Completamente sufficiente	0
Necessita di saltuaria assist. infermieristica	5	Necessita di aiuto da parte dei parenti	5
Necessita supervisione nell'ass. di medicinali	10	Necessita di aiuto di conoscenti o volontari	15
Necessita di assist. Infermieristica l v./settimana	25	Precarietà	20
Necessita di assist. Infermieristica quotidiana	50	Povertà estrema	25
G12 SITUAZIONE ABITATIVA DOMICILIARE		G15 CONTATTO SOCIALE	
Alloggio idoneo	0	Attivo e autonomo senza limitaz. geogr.	0
Mancanza di alcuni servizi all'interno dell'alloggio	15	Autonomo nell'ambito del quart. o paese	10
Barriere architettoniche	25	Limitato al vicinato	25
G13 SITUAZIONE FAMILIARE		Limitato alla famiglia	35
Famiglia collaborante, in grado di fornire assist.	0	Isolamento	50
Famiglia che necessita di aiuto per la cura	25		
Famiglia incapace o non collaborante	35		
Senza famiglia o amici	50		

INDICE SUB TOTALE GEFI "SEZ.B" _____ /200

TIMBRO e FIRMA _____