

**DELIBERAZIONE N. DEL 30 OTT 2017****OGGETTO: Recepimento ed adozione Procedura "Linee Guida Percorso di Dimissione/Ammissione Protetta (DAP)"**

L'anno 2017 il giorno 30 del mese di OTTOBRE, in Monza nella sede legale dell'ATS della Brianza, il Direttore Generale dr. Massimo Giupponi prende in esame l'argomento in oggetto e delibera quanto segue

IL DIRETTORE GENERALE**PREMESSO:**

- che la L.R. n. 23/2015 rilevando l'importanza della realizzazione del passaggio "dalla cura al prendersi cura" sottolinea la necessità della "elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, rispettosi della libertà di scelta del cittadino..... in un processo di integrazione fra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle di competenza delle autonomie locali";
- che il DPCM 12/01/2017 "Definizione ed aggiornamento dei Livelli essenziali di Assistenza di cui all'art.1, c. 7 del D.Lgs.vo n. 502/92" prevede che "siano privilegiati gli interventi integrati che favoriscono la permanenza delle persone a domicilio e che sia garantita la valutazione multidimensionale" (art.21, c.4) e "individua nella azienda sanitaria locale il soggetto che assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio" (art.22, c.1);

DATO ATTO che in coerenza con quanto indicato dai provvedimenti sopra indicati, l'ATS ha attivato un Gruppo di Approfondimento Tecnico con le ASST di Lecco, Monza e Vimercate e le strutture pubbliche del privato accreditato afferenti al territorio ATS, con l'obiettivo di rendere concreto un percorso di dimissioni protette uniforme sul proprio territorio, e che tale Gruppo ha elaborato il documento "Linee Guida Percorso di Dimissione /Ammissione Protetta (DAP)";

VISTO il sopra citato documento "Linee Guida Percorso di Dimissione /Ammissione Protetta (DAP)" REV. 0 ID 2937 allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale, redatto dal Coordinatore del GdL ATS/Ambiti/ASST;

CONSIDERATO che le Linee Guida sono state approvate dalle Direzioni dei Dipartimenti PIPSS, PAAPS e Cure Primarie;

DATO ATTO che il sopra-citato documento è stato condiviso in Cabina di Regia in data 13 luglio u.s. e comunicato al Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci che ne ha preso atto in data 19 luglio u.s.;

RITENUTO, al fine di dare rilievo e riconoscimento istituzionale alla attività interaziendale svolta, di procedere, attraverso provvedimenti deliberativi, al recepimento delle Linee Guida congiuntamente elaborate;

SU PROPOSTA del Responsabile dell'UOC Accesso ai Servizi e Continuità Assistenziale;

VISTA l'attestazione di regolarità tecnica e di legittimità del presente provvedimento espressa dal Responsabile dell'UOC Accesso ai Servizi e Continuità Assistenziale;

ACQUISITI i pareri favorevoli espressi dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociosanitario

DELIBERA

per le motivazioni indicate in premessa:

- di recepire ed adottare il documento contenente “Linee Guida Percorso di Dimissione / Ammissione Protetta (DAP)” REV. 0 ID 2937, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale;
- di dare atto che ai sensi e per gli effetti del combinato disposto dei commi 4 e 6 dell’art. 17 della L.R. n. 33/2009, come modificata dall’art. 1 della L.R. n. 23/2015, il presente provvedimento è immediatamente esecutivo;
- di disporre, ai sensi del medesimo art. 17, comma 6, della L.R. n. 33/2009, la pubblicazione del presente provvedimento all’albo on line dell’Ente;
- di disporre l’invio della presente deliberazione ai Settori ed Uffici interessati.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Massimo Giupponi)

IL DIRETTORE
AMMINISTRATIVO
(Dr. Paolo Giuseppe Cogliati)

IL DIRETTORE
SANITARIO
(Dott. Salvatore Silvano
Lopez)

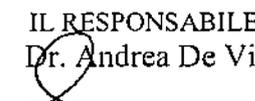
IL DIRETTORE
SOCIOSANITARIO
(Dott. Oliviero Rinaldi)

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' TECNICA E CONTABILE

SERVIZIO/U.O. PROPONENTE: UOC Accesso ai Servizi e Continuità Assistenziale

Si attesta la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

IL RESPONSABILE
Dr. Andrea De Vitis


(firma)

SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO

Si attesta la regolarità contabile e la copertura finanziaria della spesa complessiva scaturente dal presente provvedimento:

Bilancio anno _____: Sanitario Socio Sanitario Integrato (ASSI) Sociale

Impegno: _____

Conto n. : _____ Importo : _____

IL RESPONSABILE SERVIZIO ECONOMICO-FINANZIARIO
(Dr.ssa Elena Sartori)

NOTE: _____

Parte riservata ad acquisti di beni e servizi al di fuori delle Convenzioni CONSIP, ARCA e MEPA

SERVIZIO/U.O. PROPONENTE: _____

Si attesta che i beni/servizi oggetto di acquisto con il presente provvedimento non rientrano nelle categorie trattate dalla Concessionaria Servizi Informatici Pubblici (CONSIP S.p.A.) del Ministero dell'Economia e delle Finanze, per cui nella fattispecie non è applicabile il disposto di cui all'art. 26, comma 3, della Legge n. 488/1999 e successive modificazioni ed integrazioni e neppure in quelle trattate dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (ARCA) di cui alla L.R. n. 33 del 28.12.2007 e ss.mm.ii.

Si attesta che il bene/servizio da acquisire, oggetto del presente provvedimento, né si è reperito né è presente sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA) di cui all'art. 11 DPR 101/2002 ovvero è presente ma trattasi di prodotto/servizio comune e standardizzato non idoneo, in quanto tale, a soddisfare le esigenze specifiche e particolari dell'Azienda.

IL RESPONSABILE

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Copia della presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo pretorio on line dell'Azienda per la durata di giorni quindici consecutivi dal _____ al _____ inclusi.
Monza, li..... Il Funzionario addetto

N. **635** DEL **30 OTT 2017**

Sistema Socio Sanitario



Regione Lombardia

ATS Brianza

DIREZIONE SOCIO SANITARIA

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE PER L'INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE CON QUELLE SOCIALI

Viale Elvezia 2, 20900 Monza - Corso Carlo Alberto, 120 Lecco

LINEA GUIDA

**PERCORSO DI
DIMISSIONE/AMMISSIONE
PROTETTA (DAP)**

ID 02937

rev	data di approvazione	Descrizione delle modifiche	FIRMA DI REDAZIONE	FIRMA DI VERIFICA	FIRMA DI APPROVAZIONE
			NOMINATIVO (FUNZIONE)	NOMINATIVO (FUNZIONE)	NOMINATIVO (FUNZIONE)
0	27/04/2017	Prima stesura	V. Iannone Coord. GA Dimissioni Protette	D. Lupinu E. Villa R.Q. Dip PIPSS	M. Resentini Dir. Dipartimento PIPSS



Sommario

1	SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE	3
2	DEFINIZIONI - ACRONIMI - ABBREVIAZIONI.....	3
2.1	Definizioni.....	3
2.2	Acronimi e abbreviazioni.....	5
3	SOGGETTI COINVOLTI	5
4	MODALITA' DI GESTIONE DELL'ATTIVITA'	6
4.1	Il percorso della Dimissione/Ammissione Protetta (DAP).....	6
4.1.1	Premessa	6
4.1.2	Destinatari	7
4.1.3	La valutazione di eleggibilità	7
4.1.4	La Valutazione Multidimensionale.....	8
4.1.5	Il Progetto Individuale e il Piano di Assistenza Individualizzato	8
4.2	Ruolo ed impegni dei soggetti coinvolti	9
4.2.1	ATS	9
4.2.2	Tavolo Dimissioni Protette	9
4.2.3	GAT Dimissioni Protette.....	9
4.2.4	ASST	10
4.2.5	Enti Erogatori.....	11
4.2.6	Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia.....	11
4.2.7	Comuni/Ambiti Territoriali.....	12
5	RIFERIMENTI NORMATIVI	12
5.1	Riferimenti interni.....	12
5.2	Riferimenti esterni.....	12
6	SUPPORTI	14



1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Le presenti Linee Guida hanno i seguenti obiettivi:

- garantire, su tutto il territorio afferente all'ATS Brianza, la continuità assistenziale alle persone "fragili", non autosufficienti, affette da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, o vulnerabilità sociale, con bisogni assistenziali complessi, per cui è necessario un accompagnamento alla dimissione o ammissione ospedaliera, secondo un percorso protetto che ne garantisca continuità di cura
- uniformare il percorso DAP assicurando equità e facilitazione all'accesso, contribuendo a ridurre forme inappropriate di ricovero, migliorando l'appropriatezza degli interventi e l'utilizzo razionale delle risorse
- assicurare un percorso di continuità ospedale-territorio, e viceversa, secondo un modello di presa in carico globale, che favorisca il benessere del paziente e della famiglia con la ricerca del setting più adeguato alla gestione del caso.

Le presenti Linee Guida si applicano a tutti gli Enti coinvolti (Direzione Sociosanitaria e Sanitaria dell'ATS, Direzione Sociosanitaria e Sanitaria delle ASST, Enti Erogatori accreditati, Medici di Cure Primarie, Comuni), i quali operano secondo i propri modelli organizzativi, coerentemente agli indirizzi definiti nel presente documento.

2 DEFINIZIONI - ACRONIMI - ABBREVIAZIONI

2.1 Definizioni

Di seguito sono riportate le definizioni di alcuni termini utilizzati nel testo:

TERMINE	DEFINIZIONE
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	Servizi gratuiti rivolti a tutti i cittadini, indipendentemente dall'età e dal reddito, in condizioni di fragilità / non autosufficienza, in condizione di non deambulabilità, che necessitano di assistenza al domicilio.
Care giver	Assistente formale o informale della persona non autosufficiente.
Care manager	Professionista individuato, all'interno di una struttura erogatrice, per il coordinamento di natura gestionale-organizzativa delle attività assistenziali previste per tutti gli assistiti in DAP. Il care manager mantenendo l'integrazione con gli altri servizi socio sanitari, con altri professionisti e tenendo in considerazione il rapporto costo qualità richiesto dal sistema; individua le soluzioni più favorevoli per il paziente rispetto alle la condizione clinico assistenziale.
Case manager	Professionista che, all'interno di una struttura erogatrice, si fa carico del percorso individuale di cura della persona malata e della famiglia, divenendo referente dell'effettiva continuità del percorso DAP. Il suo ruolo è di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sul caso.
Dimissione Ammissione Protetta (DAP)	Servizio integrato ospedale-territorio a supporto della continuità delle cure nel soggetto fragile con bisogni complessi.
Dipartimento della Programmazione per l'integrazione delle	Dipartimento ATS cui è in capo la programmazione e l'integrazione sociosanitaria e sociale.

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ATS Brianza</p>	<p align="center">DIREZIONE SOCIO SANITARIA</p> <p align="center">DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE PER L'INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIOSANITARIE CON QUELLE SOCIALI</p> <p align="center">Viale Elvezia 2, 20900 Monza - Corso Carlo Alberto, 120 Lecco</p>
--	---

Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS)	
Dipartimento Informazione, Accesso alle Cure e Continuità Assistenziale (DIAC)	Dipartimento funzionale a valenza interaziendale istituito in accordo e collaborazione tra ATS e le tre ASST del territorio, per il governo dei servizi deputati alla presa in carico integrata dei cittadini del territorio e a garanzia della continuità di cura ed assistenza supportando il paziente nel suo contesto familiare.
Ente Erogatore	Struttura residenziale, semiresidenziale o erogatore di servizi domiciliari, pubblico o privato accreditato.
Equipe di valutazione multidimensionale	Equipe multidisciplinare che utilizza strumenti di valutazione multidimensionale per l'analisi dei bisogni dei soggetti fragili/complessi.
GAT Dimissioni Protette	Gruppo di Approfondimento Tecnico sulle dimissioni protette, coordinato dall'ATS. Il gruppo è costituito dai referenti tecnici delle dimissioni protette dei vari enti coinvolti (ASST, Erogatori accreditati, Ambiti, MMG/PdF). Ha la funzione di supportare il Tavolo sulle Dimissioni Protette per tutti gli aspetti tecnico-operativi.
Referente DAP territoriale ASST	Professionista individuato dalla Direzione delle ASST con funzioni di care management per la valutazione dei bisogni e l'attivazione della rete dei servizi a supporto del paziente in DAP anche proveniente da altri Enti.
Referente DAP	Professionista individuato dalla Direzione delle ASST e dalla Direzione di ciascun Ente Erogatore coinvolto con funzioni di care management per la valutazione dei bisogni.
Responsabile Dimissioni/Ammissione Protetta	Responsabile individuato dalla Direzione della ATS, ASST e dalla Direzione dell'Ente Erogatore di ricovero che ha il compito di assicurare la corretta implementazione delle Linee Guida e il monitoraggio del processo di DAP attivato.
RICCA	Rete Integrata di Continuità Clinico Assistenziale rappresenta una funzione della rete territoriale della ASST, congiuntamente alle altre aree di attività che deve comunque operare in forte raccordo ed integrazione col polo ospedaliero. Obiettivo della rete è di attuare, nell'ambito della ASST, la presa in carico delle "persone in condizione di cronicità e fragilità, garantendo la continuità e l'appropriatezza nell'accesso alla rete dei servizi e delle Unità d'Offerta deputate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e la loro integrazione con le prestazioni sociali".
Setting di cura	Contesto di cura differenziato per tipologia, modalità organizzativa ed intensità clinico assistenziale.
Presidio Ospedaliero Territoriale (POT)	Strutture multi servizio deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e, tenuto conto delle peculiarità territoriali come definite nel PSL, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari.
Presidio Socio-Sanitario Territoriale (PreSST)	Modalità organizzativa con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale e concorrono alla presa in carico della persona e delle fragilità. Erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità; possono attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali.
Tavolo dimissioni protette	Tavolo interaziendale, coordinato dall'ATS, al quale partecipano le direzioni sociosanitarie delle ASST con i responsabili delle dimissioni protette e della RICCA delle ASST, Direttori di Distretto, il Presidente o suo rappresentante della Conferenza dei sindaci. Il tavolo ha una funzione di cabina di regia per la governance sul tema specifico.
Triage	Strumento di valutazione di primo livello utilizzato al primo contatto per discriminare il bisogno cosiddetto semplice, che richiede una risposta monoprofessionale sanitaria o sociale, da quello complesso da rinviare alla valutazione multidimensionale.
Valutazione multidimensionale del bisogno	Valutazione che analizza i bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. E' gestita da équipe multidisciplinari.



2.2 Acronimi e abbreviazioni

Di seguito sono riportati gli acronimi – abbreviazioni utilizzati nel testo:

ACRONIMO- ABBREVIAZIONE	DESCRIZIONE
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia di Tutela della Salute
DAP	Dimissione Ammissione Protetta
DIAC	Dipartimento Informazione, Accesso alle Cure e Continuità Assistenziale
Dipartimento PIPSS	Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Socio sanitarie con quelle Sociali
EE	Ente Erogatore
EVM	Equipe di Valutazione Multidimensionale
GAT DP	Gruppo di Approfondimento Tecnico Dimissioni Protette
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
LG	Linee Guida
MMG	Medico di Medicina Generale
PAI	Piano di Assistenza Individualizzato
PdF	Pediatra di Famiglia
PI	Progetto Individuale
POT	Presidio Ospedaliero Territoriale
PreSST	Presidio Socio-Sanitario Territoriale
RICCA	Rete Integrata Continuità Clinico Assistenziale
VMD	Valutazione Multidimensionale

3 SOGGETTI COINVOLTI

SOGGETTI	RESPONSABILITA'
ATS	Governance, sviluppo e monitoraggio dell'applicazione del documento.
ASST	Applicazione del documento per le parti di competenza, responsabilità clinica e attivazione dei servizi a supporto del percorso.
COMUNI / AMBITI TERRITORIALI	Applicazione del documento per le parti di competenza e responsabilità dell'attivazione ed erogazione dei servizi sociali a supporto del percorso.
ENTI EROGATORI	Applicazione del documento per le parti di competenza, responsabilità clinica del percorso.
MMG/PdF	Clinica del paziente a domicilio.



4 MODALITA' DI GESTIONE DELL'ATTIVITA'

4.1 Il percorso della Dimissione/Ammissione Protetta (DAP)

4.1.1 Premessa

Già negli scorsi anni le strutture pubbliche e del privato accreditato afferenti ai territori della ex ASL della Provincia di Monza e Brianza ed ex ASL della Provincia di Lecco avevano avviato percorsi e protocolli di intesa per le dimissioni protette a sostegno dei cittadini che, al momento della dimissione ospedaliera, necessitavano di un percorso protetto per il sostegno nelle funzioni primarie quotidiane.

La Legge Regionale n. 23 del 11.08.15, rilevando l'importanza della realizzazione del passaggio *"dalla cura al prendersi cura"*, sottolinea la necessità della *"elaborazione di modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza, l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico"* in un *"processo di integrazione fra le attività sanitarie, sociosanitarie e quelle di competenza delle autonomie locali"*.

Anche i nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) prevedono che siano privilegiati gli interventi integrati che favoriscono la permanenza delle persone a domicilio e che sia garantita la valutazione multidimensionale (art. 21) e individua nella azienda sanitaria locale chi assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio (art. 22).

Con l'obiettivo di rendere concreto un percorso di dimissioni protette uniforme su tutto il territorio, l'ATS ha attivato un Gruppo di Approfondimento Tecnico che ha condiviso e redatto le seguenti linee d'indirizzo coerente ai principi fondamentali della Legge Regionale n. 23/2015 e al DPCM 12 gennaio 2017.

Il percorso DAP si concretizza in una sequenza integrata di interventi, volti a facilitare la continuità delle cure tra l'ambito specialistico ospedaliero e l'ambito dell'assistenza sanitaria e socio-assistenziale territoriale. Si colloca nella più ampia rete della continuità assistenziale di cui rappresenta uno dei percorsi più significativi, attraverso il quale, partendo dalla valutazione globale del paziente e con il fattivo coinvolgimento dello stesso e dei suoi familiari, viene attivato il setting di cura più appropriato alla persona.

Elemento qualificante delle DAP è rappresentato dalla Valutazione Multidimensionale del bisogno del paziente, condivisa tra referenti ospedalieri e referenti territoriali, afferenti anche a diversi Enti, che concordano e programmano, in accordo con il MMG/PdF, le modalità della presa in carico con continuità di cura.

Nella **Dimissione Protetta** il paziente fragile, che ha superato la fase di acuzie ma non ha ancora esaurito il suo stato di bisogno, viene supportato nella continuità di cura attraverso la presa in carico da parte dei servizi territoriali; con la **Ammissione Protetta** si intende assicurare il ricovero, sia ospedaliero che presso strutture di ricovero territoriali (POT, Hospice, Cure Intermedie, Subacuto, ecc.) o l'accesso programmato a scopo diagnostico-terapeutico, al paziente complesso già in carico ai servizi del territorio (ADI, RSA, Cure Palliative, ecc.), che a seguito di eventi acuti o destabilizzazione clinica necessita di un ricovero o intervento ambulatoriale complesso, che richiede un intervento integrato e coordinato.



Il percorso di presa in carico in DAP richiede la valutazione dei bisogni del paziente, la condivisione del progetto assistenziale con lo stesso e i familiari/care givers, l'individuazione di un operatore di riferimento/case manager e del setting di cura più appropriato a rispondere ai suoi bisogni.

Il percorso DAP è attivato sia dalle ASST che dalle Strutture accreditate del territorio e dai Comuni.

Le ASST, come previsto dall'art 7 della legge 23/15 "... concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona. Tale attività è volta a garantire la continuità di presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio, compreso il raccordo con il sistema di cure primarie di cui all'articolo 10, al fine di tutelare e promuovere la salute fisica e mentale.....fermo restando il principio della libera scelta da parte del cittadino e in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale di cui all'articolo 2, comma 1, lettera h." Per tale importante ruolo le ASST sono il fulcro degli interventi di presa in carico sul territorio dei cittadini residenti, che necessitano di supporto ed accompagnamento in quanto fragili/complessi, anche dimessi da altri Enti di ricovero e cura.

4.1.2 Destinatari

Sono destinatari del percorso DAP le persone "fragili", non autosufficienti, affetti da più patologie croniche, da limitazioni funzionali e/o disabilità, o vulnerabilità sociale, con bisogni assistenziali complessi, per cui è necessario un accompagnamento alla dimissione/ ammissione ospedaliera, anche in regime di day hospital e pronto soccorso, secondo un percorso protetto che ne garantisca continuità di cura. Si tratta essenzialmente di soggetti che necessitano di cure domiciliari o servizi a supporto della domiciliarità.

4.1.3 La valutazione di eleggibilità

Il percorso DAP inizia con la valutazione di eleggibilità nei due momenti di dimissione e ammissione protetta; essa avviene attraverso l'analisi del bisogno con rilevazione di indicatori specifici di eleggibilità, e conseguente segnalazione ai soggetti coinvolti, secondo gli strumenti condivisi nel GAT DP, declinati nei protocolli operativi per l'applicazione delle presenti linee guida che dovranno essere predisposti dagli Enti coinvolti.

- A) **Dimissione protetta:** identificazione precoce del paziente fragile/complesso in ospedale, all'accettazione o al massimo entro la seconda/terza giornata di degenza. Viene generalmente svolta dal Coordinatore Infermieristico del reparto o dal Referente DAP individuato.
- B) **Ammissione protetta:** identificazione del bisogno di ricovero o accesso programmato a scopo diagnostico-terapeutico da parte del medico curante.
Le condizioni che possono richiedere l'attivazione di una ammissione protetta sono, ad esempio, la necessità di approfondimenti diagnostici, la realizzazione di interventi quali il posizionamento di PEG (Gastrostomia Percutanea Endoscopica), di CVC (Catetere Venoso

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia</p> <p>ATS Brianza</p>	<p>DIREZIONE SOCIO SANITARIA</p> <p>DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE PER L'INTEGRAZIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO SANITARIE CON QUELLE SOCIALI</p> <p>Viale Elvezia 2, 20900 Monza - Corso Carlo Alberto, 120 Lecco</p>
--	--

Centrale) l'esecuzione di terapie non gestibili a domicilio, l'impostazione o l'adeguamento della terapia del dolore.

Qualora il medico curante ravvisi la necessità di ricorrere a ricoveri/prestazioni specialistiche programmate a favore di un assistito già in carico ai servizi territoriali, egli concorda con il referente DAP territoriale ASST(care manager) l'attivazione del percorso di ammissione protetta. Il care manager contattano il referente DAP ospedaliero interessato per presentare il caso, per verificare la fattibilità dell'invio e per concordare gli aspetti prescrittivi/organizzativi dell'accesso del paziente.

4.1.4 La Valutazione Multidimensionale

Valutata l'eleggibilità del paziente, acquisito il consenso all'inserimento nel percorso DAP, attestata la dimissibilità/ammissibilità da parte del medico di reparto o del curante, il referente DAP attiva la Valutazione Multidimensionale (VMD).

La VMD deve essere condivisa tra referenti ospedalieri e territoriali, afferenti anche a diversi Enti, che concordano e programmano, in accordo con il MMG/PdF, il Progetto Individuale (PI), i tempi e le modalità della dimissione/ammissione, tenuto conto del contesto familiare.

La VMD deve basarsi su strumenti validati per l'analisi dei bisogni, considerando:

- quadro clinico complessivo, presenza di co-morbidità, terapie, valutazione di fattori di rischio clinico, utilizzo di presidi/ausili
- analisi delle abilità psico-fisiche e funzionali della persona, cosa è in grado di fare, qual è il suo grado di autonomia, quali disabilità o quali ridotte funzionalità sono presenti, quali risorse la persona è capace di attivare per affrontare la malattia e per raggiungere gli obiettivi di cura
- quadro sociale con particolare attenzione alla rete familiare (presenza/assenza di riferimenti familiari e/o care giver professionale e non) e possibilità di attivazione della rete informale. La valutazione sociale deve essere preferibilmente svolta dalla figura professionale dell'Assistente Sociale.

Una attenzione particolare è da riservarsi alle cosiddette "dimissioni difficili", che riguardano condizioni cliniche e/o assistenziali e/o sociali critiche e che richiedono interventi organizzativi molto complessi. Generalmente si tratta di situazioni che coinvolgono più Enti. A solo titolo di esempio si citano: minori soli, residenti fuori regione, grandi anziani, stranieri senza permesso di soggiorno, persone senza fissa dimora, soggetti con infezioni in atto, ecc.

4.1.5 Il Progetto Individuale e il Piano di Assistenza Individualizzato

La VMD esita nel Progetto Individuale (PI) che definisce gli obiettivi di cura, le azioni/servizi da attivare rispetto ai bisogni rilevati, i tempi, gli indicatori, le modalità di monitoraggio, l'operatore di riferimento del caso.

Per quanto attiene l'attivazione ADI si rimanda alle Linee Guida ATS (ID- 2375) "Preso in carico della persona che necessita di prestazioni ADI". Per gli altri casi si farà riferimento alle Linee Guida Regionali (ad esempio: pazienti in ventilazione meccanica, pazienti in stato vegetativo, ecc.), procedure specifiche regionali (ad esempio: scheda cure intermedie e subacuto, ecc.) o ATS in uso (ad esempio: scheda accesso Hospice, accesso RSA, ecc.).



Il PI deve essere messo a disposizione di tutti gli attori coinvolti nella presa in carico del paziente e deve offrire all'Erogatore degli interventi/azioni previste, tutte le informazioni utili per la redazione del PAI.

Il PAI deve prevedere:

- anamnesi ed accettazione dati pre-ingresso
- programmazione degli interventi (prestazioni, azioni, figure professionali coinvolte, tempi e modi concordati con il paziente/familiare di riferimento)
- valutazione a lungo termine
- tempi di verifica e revisione.

4.2 Ruolo ed impegni dei soggetti coinvolti

4.2.1 ATS

L'ATS si impegna a:

- promuove il percorso e monitorare gli sviluppi e l'implementazione delle LG anche attraverso il coordinamento del Tavolo e del GAT sulle dimissioni protette
- analizzare e monitorare i dati di presa in carico DAP
- individuare il responsabile/referente DAP
- promuovere la formazione integrata sul tema della continuità assistenziale e percorso DAP
- tenere aggiornato l'elenco dei referenti DAP e metterlo a disposizione degli interessati
- informare i cittadini
- rilevare la soddisfazione dell'utente anche con il supporto di associazioni dei cittadini

4.2.2 Tavolo Dimissioni Protette

E' coordinato dall'ATS attraverso il DIAC ed opera attraverso incontri periodici, che possono essere allargati ad esperti o referenti del GAT tecnici anche di altre UdO sanitarie e Sociosanitarie a secondo dei temi trattati.

Il Tavolo è composto da:

- Direzioni ATS e ASST o loro referenti
- Presidenti della Conferenza Sindaci
- Responsabili/Referente RICCA
- Direttori di Distretto

Il Tavolo ha funzione di :

- "cabina di regia" dei gruppi operativi (GAT) territoriali allargati a tutti gli attori della rete
- definizione delle linee di indirizzo/ linee guida per tutte le Unità di offerta territoriale e monitoraggio applicazione
- sviluppo della "Rete informatizzata dimissioni protette"
- monitoraggio periodico
- verifica degli obiettivi ed indicatori dati da ATS o individuati dal tavolo DP.

4.2.3 GAT Dimissioni Protette

Il Gruppo di Approfondimento Tecnico, coordinato dall'ATS attraverso il DIAC, opera a supporto del Tavolo D.P. con incontri periodici anche in sottogruppi su temi specifici.

Il GAT ha funzione di :



- confronto tecnico
- monitoraggio delle prese in carico
- ricerca procedure operative e strumenti di valutazione e monitoraggio
- definizione e proposta di percorsi formativi anche integrati tra più enti sul tema della continuità assistenziale/dimissioni protette.

Il GAT è composto da:

- Referenti dei Dipartimenti/Servizi (maggiormente coinvolti) ATS e ASST
- Referenti Strutture ospedaliere accreditate
- Rappresentati MMG/PdF
- Rappresentanti UdO Sociosanitarie
- Resp. Uffici di Piano/ Referenti Comuni.

4.2.4 ASST

Le ASST si impegnano a:

- garantire secondo il proprio modello organizzativo la continuità delle cure, individuando per le DAP il responsabile/i, i referenti ospedalieri e almeno un referente territoriale, con funzioni di care manager, che possa avvalersi dell'equipe EVM per la valutazione multidimensionale e presa in carico. Il modello organizzativo deve prevedere una "centrale operativa" territoriale o altra modalità organizzativa che possa attuare la funzione di ricezione delle segnalazioni dall'ospedale/domicilio, verifica dei bisogni, attivazione dei servizi rispondenti ai bisogni di continuità di cura, registrazione della presa in carico negli appositi applicativi, monitoraggio e verifica degli esiti.
- promuovere le dimissioni/ammissioni protette attraverso le seguenti azioni:
 - attivare il percorso DAP concordando modalità e tempi di dimissione/ammissione con gli attori coinvolti, anche attraverso la Rete R.I.C.C.A. o altri organismi aziendali a supporto della continuità assistenziale
 - contribuire per quanto di competenza alla definizione del piano clinico/assistenziale globale applicabile alla dimissione, con indicazione delle necessità terapeutiche, di assistenza sanitaria e di supporto sociale, nonché i tempi e i modi per il monitoraggio e la rivalutazione del piano clinico/assistenziale
 - identificare e prescrivere presidi ed ausili necessari
 - formare il care giver sulle modalità di assistenza al paziente ivi compreso l'utilizzo di presidi/ausili
 - collaborare con il MMG/PdF, con il servizio sociale comunale nella individuazione di soluzioni alternative nel caso di impossibilità dell'assistito al rientro a domicilio
 - individuare e favorire percorsi per l'accesso programmato al consulto degli specialisti che hanno avuto in cura il paziente
 - utilizzare strumenti di comunicazione e monitoraggio, preferibilmente informatizzati, condivisi con ATS favorendone l'applicazione anche attraverso specifici corsi di formazione/informazione per il personale coinvolto



- documentare l'attivazione del percorso DAP nella lettera di dimissione ospedaliera, coinvolgere in un processo di formazione continua integrata sulla continuità assistenziale e le DAP i professionisti coinvolti
- promuovere la conoscenza e l'informazione ai pazienti sul percorso DAP
- promuovere la formazione integrata sul tema della continuità assistenziale e DAP.

4.2.5 Enti Erogatori

Gli Enti Erogatori si impegnano a:

- garantire secondo il proprio modello organizzativo la continuità delle cure, individuando un responsabile e almeno un referente DAP
- promuovere le dimissioni/ammissioni protette attraverso le seguenti azioni:
 - segnalare al referente delle dimissioni protette territoriale di competenza l'eventualità di attivare un percorso DAP concordando modalità e tempi di dimissione
 - contribuire per quanto di competenza alla definizione del piano clinico/assistenziale globale applicabile alla dimissione, con indicazione sulle necessità terapeutiche, di assistenza sanitaria e di supporto sociale, nonché i tempi e i modi per il monitoraggio e la rivalutazione del piano clinico/assistenziale
 - se di competenza identificare e prescrivere presidi ed ausili necessari
 - formare il care giver sulle modalità di assistenza al paziente ivi compreso l'utilizzo di presidi/ausili
 - collaborare con il MMG/PdF, con il Servizio Sociale Comunale nella individuazione di soluzioni alternative nel caso di impossibilità dell'assistito al rientro a domicilio attivando i propri servizi sociali se presenti
 - individuare e favorire percorsi per l'accesso al consulto degli specialisti che hanno avuto in cura il paziente da parte di MMG/PdF e degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza del paziente
 - utilizzare strumenti di comunicazione e monitoraggio informatizzati condivisi con ATS favorendone l'applicazione anche attraverso specifici corsi di formazione/informazione per il personale coinvolto
 - documentare l'attivazione dei percorsi DAP nella lettera di dimissione ospedaliera
 - coinvolgere in un processo di formazione continua integrata sulla continuità assistenziale e le DAP i professionisti coinvolti
 - promuovere la conoscenza e l'informazione ai pazienti sul percorso DAP
 - promuovere la formazione integrata sul tema della continuità assistenziale e DAP.

4.2.6 Medici di Medicina Generale e Pediatri di Famiglia

I MMG e PdF si impegnano a:

- definire con il referente DAP territoriale dell'ASST, con l'assistente sociale comunale e la consulenza del medico dell'Unità Operativa ospedaliera, il piano clinico/assistenziale applicabile al domicilio, contenente le indicazioni terapeutiche e di assistenza sanitaria e sociale
- collaborare con il referente ASST territoriale, con l'assistente sociale comunale e con il medico dell'unità operativa ospedaliera, nella individuazione di soluzioni alternative, nel



caso d'impossibilità di rientro a domicilio dell'assistito, o viceversa nel caso non sia più adeguata la permanenza al domicilio

- garantire gli accessi domiciliari di competenza e concorrere alla definizione e monitoraggio del PAI
- avviare, se necessario, le pratiche per l'accertamento dello stato di invalidità civile.

4.2.7 Comuni/Ambiti Territoriali

I Comuni/Ambiti Territoriali si impegnano a:

- promuovere le dimissioni/ammissioni protette garantendo che ogni Servizio Sociale Comunale attui le seguenti azioni:
 - individuare un referente DAP per il territorio comunale/ambito
 - collaborare nella definizione degli obiettivi del PAI
 - erogare gli interventi/servizi/misure finalizzati al supporto alla persona e alla famiglia
 - formare il care giver sulle modalità di assistenza domiciliare per il proprio ambito di competenza
 - collaborare nella individuazione di soluzioni alternative nel caso di impossibilità di rientro o viceversa nel caso non sia più adeguata la permanenza del paziente al domicilio
 - promuovere la conoscenza e l'informazione ai cittadini sul percorso DAP
 - promuovere la formazione integrata sul tema della continuità assistenziale e DAP.

5 RIFERIMENTI NORMATIVI

5.1 Riferimenti interni

- Documento Programmatico sulla Sicurezza dei dati (ex ASL Lecco e ex ASL Monza e Brianza)
- Manuale Qualità
- Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità
- Procedura Generale "Gestione dei Documenti Interni"
- Regolamento sulla sicurezza informatica (ex ASL Lecco e ex ASL Monza e Brianza)
- Linee Guida ATS (ID- 2375) "Preso in carico della persona che necessita di prestazioni ADI".

5.2 Riferimenti esterni

- Codice di Comportamento dei dipendenti della Pubblica amministrazione (DPR 62/2013);
- Decreto Legge n.5 del 9 febbraio 2012, Disposizioni urgenti in materia di semplificazione e di sviluppo e successive modifiche e integrazioni;
- Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e della



legalità nella pubblica amministrazione”;

- Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e socio sanitaria (2015);
- DPCM del 29.11.01 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”;
- DPCM del 14.02.01 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie”;
- Legge n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”;
- Ministero della Salute, Piano Nazionale della cronicità, 2016;
- DGR n. 1746/2011 “*Determinazione in ordine alla qualificazione della rete dell’assistenza domiciliare in attuazione del PSSR 2010-2014*”;
- DGR n. 2633/2011 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l’esercizio 2012” – Allegato 15;
- DGR n. 3541/12 “Definizione dei requisiti specifici per l’esercizio e l’accreditamento dell’assistenza domiciliare integrata”;
- Decreto Generale Famiglia, Conciliazione, Integrazione e Solidarietà Sociale n. 6032/2012 “Determinazioni in ordine alla sperimentazione del nuovo modello di valutazione del bisogno per l’assistenza domiciliare integrata”, come successivamente rettificata dalla DGR n. 3584/2012;
- DGR n. 3851/2012 “Determinazioni in ordine alle tariffe sperimentali dei nuovi profili dell’assistenza domiciliare integrata (ADI)”;
- Decreto 7089/2012 “Contratto per la definizione dei rapporti giuridici ed economici per la realizzazione dell’ADI”;
- DGR n. 4610/2012 “Determinazioni in ordine alla rete di cure palliative e alla rete di terapia del dolore in Regione Lombardia in applicazione della legge 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”;
- Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 “Evoluzione del sistema socio sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità);
- Delibera Regione Lombardia n.5918 del 28.11.2016 “Disposizioni in merito all’ evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e socio sanitario”
- Delibera Regione Lombardia n. 4662 del 23.12. 2015 “Indirizzi Regionali per la Presa in Carico della Cronicità e della Fragilità in Regione Lombardia 2016 – 2018”.
- Delibera regione Lombardia n. 6164 del 30.01.2017 “Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell’articolo 9 della Legge n. 23/2015”
- DPCM del 12.01.17 - Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502



6 SUPPORTI

Report segnalazioni Dimissioni Protette (ID 02945).

Scheda segnalazione Dimissione Protetta (in sperimentazione) da utilizzare da parte delle strutture sanitarie di ricovero del territorio per la raccolta dei casi inseriti nel percorso di dimissioni protette.