



## **PROTOCOLLO PER L'ATTIVAZIONE DEL PROGETTO "APPROCCIO SOCIALE ALLE PERSONE FRAGILI IN CONDIZIONE DI CRITICITA'E A RISCHIO DI DIMISSIONE OSPEDALIERA DIFFICILE"**

L'anno ....., il giorno ..... del mese di .....,  
presso ....., sito in ..... – Via  
....., si sono riuniti tutti i soggetti interessati alla  
promozione del Progetto "**APPROCCIO SOCIALE ALLE PERSONE FRAGILI IN  
CONDIZIONE DI CRITICITA' E A RISCHIO DI DIMISSIONE OSPEDALIERA  
DIFFICILE**", di seguito anche "Progetto", per la sottoscrizione del presente Protocollo di  
Intesa

Sono presenti:

**COMUNE DELLA SPEZIA**, quale capofila Distretto sociosanitario 18 comprensivo dei  
Comuni di Comuni della Spezia/Lerici/PortoVenere legalmente rappresentato  
dal.....codice fiscale .....

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5 SPEZZINO SL n. 5** di seguito **ASL 5** - nelle due  
articolazioni

operative di Ospedale/ Distretto Socio- Sanitario 18 legalmente rappresentata dal  
..... codice fiscale .....

### **Visti**

- la legge regionale 24 maggio 2006 n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari) che all'articolo 47 istituisce il Fondo per la Non Autosufficienza;
- la deliberazione di Giunta Regionale 20 ottobre 2006 n. 1106 (Indirizzi per il Fondo Regionale per la non Autosufficienza);
- la deliberazione di Consiglio Regionale 1 agosto 2007 n. 35 (Piano Sociale Integrato Regionale 2007/2010 – Legge Regionale 24 maggio 2006 n. 12 (Promozione del sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari), ed il particolare il punto 4.1.1 "Fondo Regionale per la Non Autosufficienza");

- la deliberazione della Giunta regionale del 2010 n. 1381 “ Approvazione del progetto – Approccio sociale per le persone fragili in condizione di criticità- Decreto Interministeriale 4 ottobre 2010 articolo 3 comma 1” con la quale veniva approvato il progetto di cui all’oggetto e disposto l’invio al Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali;
- la Convenzione per la realizzazione del progetto “ Approccio sociale per le persone fragili in condizioni di criticità”, stipulata tra il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e la Regione Liguria in data 16 novembre 2011;
- il Decreto Direttoriale del 17 novembre 2011 con il quale la Direzione Generale per l’Inclusione e le Politiche Sociali del Ministero approva e rende esecutiva la Convenzione stipulata tra il Ministero del Lavoro e delle politiche sociali e la Regione Liguria in data 16 novembre 2011;
- la deliberazione di Consiglio Regionale 1 marzo 2013 n. 1381 con la quale sono indicate le linee operative e sono assegnate le risorse per la realizzazione del progetto “Approccio sociale per le persone fragili in condizioni di criticità”;
- le delibere aziendali ASL n° 5 “Spezzino” n.1019 del 06.12.2011 e n. 334 del 12.04.2012 che disciplinano le modalità di dimissioni protette socio-sanitarie dai reparti ospedalieri.

### **Premesso che**

da tempo il DSS 18 nelle sue componenti sia sociale che sanitaria sta operando per garantire interventi di continuità assistenziale in una logica di integrazione sociosanitaria e di collaborazione tra ospedale e territorio;

che spesso soggetti in condizioni di fragilità determinata da isolamento e scarsa tutela afferiscono al pronto soccorso in maniera impropria;

che si rileva l'esigenza di perfezionare il lavoro di cura a domicilio attraverso l'utilizzo di assistenti familiari formate e riconosciute;

che la Regione Liguria attraverso un progetto simile denominato “Codice d’ Argento” ha sperimentato la realizzazione di percorsi di presa in carico di soggetti fragili intercettandoli al Pronto Soccorso e fornendo loro assistenza temporanea tramite assistenti familiari;

che la stessa Regione ha esteso tale sperimentazione anche al DSS 18 assegnando un contributo finalizzato;

che con nota del 18.3.2013 la regione autorizza il Comune della Spezia ad utilizzare per le stesse finalità del progetto in oggetto i fondi residui del Progetto Liguria famiglie 2009 Linea C;

che presso la Provincia è stato istituito un Registro delle Assistenti Familiari per cui volendo sperimentare una formula imprenditoriale innovativa in grado di favorire l’incrocio di domanda e offerta e supportare la famiglia ed i lavoratori nel lavoro di cura è a disposizione personale selezionato ed appositamente formato;

che si intende sperimentare per la popolazione fragile e non autosufficiente residente nel Distretto socio-sanitario n° 18 ASL 5 Spezzino un ricorso appropriato e corretto al Pronto Soccorso e all’ospedalizzazione, offrendo alternative valide e tempestive alle esigenze di salute, cura ed assistenza, assicurando continuità assistenziale utilizzando in maniera

coordinata ed innovativa le risorse ed i percorsi della rete formale ed informale sociale e sociosanitaria di soggetti pubblici e privati del Terzo Settore tramite la sperimentazione di modelli assistenziali che offrano soluzioni alternative all'ospedalizzazione e rimuovano i bisogni assistenziali che hanno determinato la situazione di criticità;

### **Tutto ciò premesso si conviene quanto segue**

#### **ARTICOLO 1 Obiettivi**

Gli obiettivi del protocollo, corrispondenti agli obiettivi di progetto, sono i seguenti:

1. Intercettare precocemente il paziente con fragilità socio-assistenziale al suo accesso in Pronto Soccorso garantendone una corretta valutazione e una definizione progettuale che tuteli la continuità assistenziale evitando accessi impropri al Pronto Soccorso e ricoveri impropri e re-ricoveri;
2. Contribuire a rendere più efficiente ed efficace la spesa sanitaria a partire da quella ospedaliera diminuendo i giorni di degenza impropri;
3. Realizzare concretamente l'integrazione fra Ospedale e Distretto socio-sanitario, al fine di incentivare la permanenza al domicilio dei soggetti fragili;
4. Garantire setting adeguati di cura ed assistenza per tipologia di paziente (in primo luogo il proprio domicilio, ed eventualmente RSA, RP, Comunità Alloggio, Cure Intermedie) soprattutto valorizzando e potenziando la rete territoriale di offerta di assistenza domiciliare alle famiglie;
5. Migliorare la qualificazione delle prestazioni domiciliari delle assistenti familiari;
6. Creare le corrette correlazioni con i progetti sull'anziano "fragile" già esistenti sul territorio: Dimissioni Protette Socio-Sanitarie / Cure Domiciliari ASL /Custodi Socio-sanitari/ Assistenza Domiciliare del Comune /Progetti finanziati INPDAP – HCP 2013/ FRNA / Registro degli Assistenti Familiari della Provincia / Tavolo di Lavoro socio-sanitario sull'Alzheimer /Ambulatori che effettuano valutazioni multi dimensionali sull'anziano;
7. Verificare l'interesse delle imprese sociali ad articolare, innovare forme, modalità ed organizzazione della loro offerta.

#### **ARTICOLO 2 Fasi operative**

Al fine di favorire modalità operative integrate e definite si prevedono le seguenti fasi:

1. **Nucleo Integrato di Assistenza Tutelare Temporanea - NATT**
2. **Interventi di assistenza domiciliare temporanea**
3. **Azioni trasversali e di monitoraggio del progetto**

#### **1. Nucleo Integrato di Assistenza Tutelare Temporanea NATT**

Si intende Nucleo di accoglienza al Pronto Soccorso "San Andrea" composto da: personale sanitario (3 infermieri professionali ) e sociale (assistenti sociali DSS 18 : 2 ASL 5 in quota parte e 5 del Comune della Spezia in quota parte).

Il NATT è disponibile alla valutazione in Pronto Soccorso dalle ore 08.30 alle ore 13.30 dal lunedì al sabato incluso.

Il NATT si occupa di:

- ✦ identificare nella figura degli infermieri, all'interno dei codici verdi e gialli, effettuato un primo triage, dei casi da sottoporre alla valutazione integrata;
- ✦ effettuare valutazione socio-sanitaria congiunta del paziente per identificare le fragilità mediante 1. la rilevazione di indicatori specifici previsti nel profilo assistenziale (Allegato Regionale) 2. la compilazione della scheda Aged Plus F;
- ✦ segnalare il ricovero al Medico di Medicina Generale (MMG) e dallo stesso ricevere informazioni sul paziente; comunicare al MMG l'attivazione del servizio e dell'eventuale necessità delle Cure Domiciliari, delle Cure Palliative, di interventi riabilitativi ed eventuale prescrizione di ausili/presidi;
- ✦ contattare il nucleo familiare (se presente) ed i soggetti extrafamiliari (rete dei servizi territoriali) che possano riferire informazioni utili per formulare un quadro informativo quanto più possibile completo del paziente;
- ✦ accogliere, informare ed orientare il paziente stesso ed il nucleo familiare sulle possibilità offerte dal territorio, anche attraverso l'utilizzo del depliant informativo che si allega;
- ✦ garantire il passaggio di informazione e le relative valutazioni ai servizi territoriali;
- ✦ qualora emergessero gravi situazioni di disagio socio-assistenziale e/o tutelare è compito del NATT l'immediata segnalazione ai servizi sociali dell'ATS 63-64-65 per l'individuazione di un case manager con cui lavorare in collaborazione per la sua progettualità futura;
- ✦ qualora il paziente sia immediatamente dimissibile sotto il profilo clinico, propone l'attivazione di prestazioni di assistenza tutelare al domicilio della durata di un mese gratuita (6h o 12h/die o in convivenza a seconda del Profilo Assistenziale) mediante la disponibilità di assistenti familiari, regolarmente assunti dal paziente/familiare, integrate con attività sanitarie domiciliari erogate dai servizi di cure domiciliari dell'ASL. Di tale percorso rimane referente la parte sociale del NATT nel mese dell'erogazione di prestazione per criticità/problemi/migliorie, in collaborazione con il personale, all'uopo incaricato, dell'Ente Imprenditoriale. La parte sociale attiva i medici, coinvolti nel progetto, per le opportune visite domiciliari di monitoraggio clinico. A tal fine gli assistenti sociali compilano una scheda sul paziente da inviare all' Ente Imprenditoriale per vie brevi al fine della tempestiva attivazione del servizio;
- ✦ qualora il paziente richieda cure di tipo ospedaliero e, pertanto, venga trasferito c/o Reparti di degenza o di Cure Intermedie, definisce un case manager che diventa

garante della sua continuità assistenziale. Il Case Manager segnala il caso alle équipes che già si occupano di dimissioni protette socio sanitarie. In fase di dimissione l'équipe socio-sanitaria di dimissioni protette ri-segnerà al NATT il paziente per opportuna ri-valutazione ed eventuale presa in carico.

Nel caso di paziente ricoverato, il personale per l'assistenza tutelare a domicilio potrà recarsi in Reparto per un primo contatto con il paziente/famiglia/caregiver.

Sarà cura del NATT, durante gli orari di attività c/o P.S., raccogliere criticità e disfunzioni segnalate dal MMG e/o del referente dell'Ente Gestore e/o dei familiari o di chi ne fa le veci, ciascuno per le proprie competenze.

## **2. Interventi di assistenza domiciliare temporanea**

In questa fase sono previste tutte le azioni che garantiscano assistenza e tutela temporanea al soggetto fragile nel proprio domicilio e che lo mettano in condizioni di proseguire l'intervento.

Si articolano in :

- ▲ Prestazioni gratuite di assistenza tutelare al domicilio della durata di un mese (6h o 12h die, o in convivenza a seconda del Profilo Assistenziale) mediante la disponibilità di assistenti familiari regolarmente assunti dal paziente/familiare. Tale servizio viene affidato ad un soggetto imprenditoriale identificato tramite procedura ad evidenza pubblica. E' prevista , in base alle valutazioni integrate, l'attivazione delle Cure Domiciliari, secondo le procedure già in uso.
- ▲ Condivisione formale con il paziente/nucleo familiare delle regole, dei referenti e dei sostegni previsti dal presente progetto.
- ▲ Predisposizione incontro domanda-offerta scegliendo liberamente dall'Albo appositamente approntato dalla Provincia della Spezia sulla base dei criteri dettati dal progetto (almeno 3 profili proposti) l'assistente familiare da attivare per tutelare a domicilio il paziente.
- ▲ Disbrigo pratiche inerenti sia la stipula del contratto tra il paziente/nucleo familiare e l'assistente familiare, che gli adempimenti contrattuali.
- ▲ Organizzazione delle sostituzioni, in caso di riposo settimanale, festività, malattia e/o infortunio.
- ▲ Monitoraggio del servizio di assistenza familiare al domicilio e predisposizione del progetto sul singolo paziente, successivo al primo mese di presa in carico, in collaborazione con i servizi territoriali socio-sanitari.

- ⤴ Valutazione ed attivazione, secondo le procedure già in atto, dell'eventuale presa in carico sanitaria domiciliare di ogni singolo paziente: accessi MMG, prestazioni Cure Infermieristiche, Riabilitative e Protesiche, di Medicina Specialistica.

### **3. Azioni trasversali e di monitoraggio del progetto**

Si intendono tutte le attività che hanno carattere generale e che mirano a garantire omogeneità, condivisione, implementazione e diffusione del progetto.

- ⤴ Gli operatori che si occuperanno del NATT partecipano a giornate informative/formative per addivenire ad una metodologia di lavoro comune, ad una condivisione di linguaggi e integrazione delle singole valutazioni (sociale/sanitario). Ciò verrà attuato a partire dall'approfondimento dei profili assistenziali indicati dalla Regione ed in particolar modo sulle aree di perdita delle autonomie di ADL e IADL (vedi B9 – B10 – B11- B12 – B13 – B17 e B 18 dell' AGED PLUS).
- ⤴ Organizzazione di una giornata informativa ospedale/territorio, a livello generale sull'avvio del Progetto "Approccio Sociale alle persone fragili in condizioni di criticità".
- ⤴ Definire una modalità, a livello informatico, per permettere nel sistema operativo generale l'immediata individuazione dei soggetti seguiti nel progetto ed il loro monitoraggio nel tempo, garantendo l'immediata estrazione dei dati richiesti.
- ⤴ Creazione di un osservatorio sui pazienti inseriti in tale progetto, attraverso monitoraggio dei singoli percorsi e la creazione di indicatori finalizzati alla lettura dei risultati.
- ⤴ Creazione di materiale divulgativo al paziente e/o alla famiglia delle regole, dei referenti e dei sostegni previsti dal progetto e di modulistica preposta.
- ⤴ Verifica altresì della qualità percepita, della valutazione della soddisfazione dei pazienti/nuclei familiari e degli esiti, misurando il rapporto costo/benefici, rilevabile ad esempio in una diminuzione delle giornate di degenza media nelle UUOO di area medica interessate e dei re-ricoveri.
- ⤴ Rilevazione del "grado" di soddisfazione del paziente e dei suoi familiari rispetto alle prestazioni fornite con il NATT attraverso un questionario predisposto ad hoc.
- ⤴ Predisposizione di audit in itinere di verifica del percorso.

## **ARTICOLO 3**

### **Compiti dei singoli soggetti**

1. L'ASL 5, come Ospedale e Servizi Territoriali, si impegna a :

- ⤴ coinvolgere il personale del Pronto Soccorso al fine di effettuare, all'interno dei codici verdi e gialli, un primo triage per permettere l'intercettazione dei soggetti da inviare ad una valutazione del NATT;
- ⤴ individuare e mettere disposizione personale, in particolare gli assistenti sociali ed il personale sanitario da destinare al NATT;
- ⤴ definire le modalità di condivisione con il paziente /nucleo familiare delle regole, dei referenti e dei sostegni previsti dal presente progetto;
- ⤴ stabilire quali canali di collegamento da utilizzare tra ospedale e territorio tra quelli già attivi ed attinenti agli obiettivi del progetto;
- ⤴ coinvolgere, informare ed organizzare le modalità di intervento per i MMG sia nella fase di valutazione che di monitoraggio;
- ⤴ coinvolgere gli uffici informatici affinché all'interno del sistema operativo sia definito un codice di individuazione per i soggetti seguiti dal progetto;
- ⤴ concordare le prassi interne per la collaborazione con le Cure Domiciliari e definire il coinvolgimento in caso di necessità di interventi riabilitativi, del servizio di Cure Palliative e l'eventuale prescrizione di ausili /presidi;
- ⤴ predisporre moduli formativi per il personale direttamente coinvolto nel progetto e garantire la partecipazione degli operatori;
- ⤴ partecipare all'organizzazione di una giornata informativa per il personale sociale e sanitario interessato e coinvolto;
- ⤴ fornire i dati necessari, relative agli ingressi al Pronto Soccorso ed ai soggetti seguiti al fine di valutare il raggiungimento degli obiettivi espressi;
- ⤴ preparare il materiale utile alla buona riuscita del progetto;
- ⤴ adoperarsi per divulgare il progetto;
- ⤴ definire le attività di monitoraggio e di valutazione e partecipare alle stesse.

2. Il COMUNE DELLA SPEZIA, in qualità di Comune capofila del DSS 18, si impegna a:

- ⤴ mettere a disposizione il proprio personale per garantire lo svolgimento degli interventi del NATT;
- ⤴ garantire la presa in carico successiva per i pazienti in condizioni di disagio socio-assistenziale e/o tutelare;
- ⤴ mettere a disposizione, in caso di necessità, le proprie prestazioni assistenziali;
- ⤴ predisporre tutti gli atti per la realizzazione di una procedura ad evidenza pubblica, finalizzata ad individuare un Soggetto Imprenditoriale esterno che si occupi dell'assistenza familiare;

- ♣ integrarsi e collegarsi con la Provincia della Spezia per garantire l'utilizzo del registro degli Assistenti Familiari;
- ♣ definire le modalità di controllo affinché il Soggetto Imprenditore selezionato garantisca le prestazioni nel migliore dei modi;
- ♣ svolgere regia e controllo dei fondi per le prestazioni tutelari domiciliari;
- ♣ predisporre i moduli formativi per il personale direttamente coinvolto nel progetto e garantire la partecipazione degli operatori;
- ♣ partecipare all'organizzazione di una giornata informative per il personale sociale e sanitario interessato e coinvolto;
- ♣ predisporre il materiale utile alla buona riuscita del progetto;
- ♣ adoperarsi per divulgare all'esterno il progetto;
- ♣ definire le attività di monitoraggio e di valutazione e partecipare alle stesse.

#### **ARTICOLO 4 Durata**

Il presente protocollo decorre dalla data di sottoscrizione per la durata di due anni e comunque sino alla disponibilità dei fondi stanziati dalla Regione.  
L'accordo si considera scaduto ad ogni effetto alla data indicata, senza necessità di ulteriori disdette e/o comunicazioni, potrà comunque essere rinnovato, con formale provvedimento.

#### **ARTICOLO 5 Controversie**

Ogni eventuale controversia insorgente tra le parti contraenti verrà risolta avanti il Foro della Spezia.

Il presente protocollo viene redatto in carta libera — del D.P.R. 642/72, a sensi dell'a.t. 16, tabella allegato b) modificato dai D.P.R. 955/1982. Le spese di stesura ed eventuale registrazione, in caso d'uso, sono a carico della Parte richiedente e per quanto in esso non esplicitamente disciplinato valgono le disposizioni legislative e regolamentari vigenti.

Letto, confermato, sottoscritto in due originali

IL DIRETTORE GENERALE ASL 5  
DOTT. G. CONZI

IL DIRIGENTE COMUNE DELLA SPEZIA  
DOTT.SSA S. BRANCHINI