



Ester Stefoni

Domiciliarità: Promuovere e sostenere la domiciliarità attraverso nuove alleanze e nuovi modelli organizzativi



PNRR Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Viene definita la Riforma dell'Assistenza Territoriale (con un nuovo modello organizzativo del Servizio Sanitario Nazionale) che mira a una sanità più vicina alle persone e al superamento delle disuguaglianze con un nuovo assetto istituzionale e organizzativo dell'assistenza sanitaria primaria.

M5/INCLUSIONE e COESIONE

M5C2 INFRASTRUTTURE SOCIALI, FAMIGLIE, COMUNITA' E TERZO SETTORE

M6/SALUTE

M6C1 Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

In Particolare gli **Obiettivi della Riforma**

- Definire un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza primaria in grado di individuare standard strutturali, tecnologici e organizzativi uniformi su tutto il territorio nazionale, per garantire a cittadini e operatori del Servizio Sanitario Nazionale il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza – LEA.
- Facilitare l'individuazione delle priorità di intervento in un'ottica di prossimità e di integrazione tra le reti assistenziali territoriali, ospedaliere e specialistiche.
- Favorire la continuità delle cure per coloro che vivono in condizioni di cronicità, fragilità o disabilità, che comportano il rischio di non autosufficienza anche attraverso l'integrazione tra il servizio sociale e quello sanitario.
- Disegnare un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario ambientale e climatico.
- Allinearsi agli standard qualitativi di cura dei migliori Paesi europei.

DM 77/2022

E' il documento che definisce modelli organizzativi, gli standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito della Mission 6 Component 1 del PNRR
“**Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale**”

Gli obiettivi strategici di riferimento
per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN

- a) migliorare **l'accesso** ai servizi sanitari
- b) migliorare **la qualità** dei servizi sanitari
- c) migliorare **l'efficienza** dei servizi sanitari
- d) garantire **la sostenibilità economica** del Servizio Sanitario Nazionale.

Il decreto PREVEDE l'istituzione:

- **Ospedali di Comunità**

Sono strutture sanitarie che **offrono assistenza sanitaria a bassa intensità assistenziale** e sono finalizzati alla presa in carico dei pazienti con **patologie croniche o fragilità**

- **Case della Comunità**

Strutture aperte 24/24h e 7/7die, che offrono **servizi sanitari e socio-sanitari di prossimità** alla popolazione

- **Centrale Operativa 116117**

Numero Europeo Armonizzato – NEA per le cure mediche non urgenti: è il **servizio telefonico gratuito** a disposizione di tutta la popolazione, 24/24h tutti i giorni, da contattare per **esigenze sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale**

- **Centrali Operative Territoriali (COT)**

Strutture – delle quali è prevista la realizzazione di almeno 600 unità – che svolgono una **funzione di coordinamento della presa in carico** della persona e raccordo tra servizi e professionisti al fine di assicurare continuità, accessibilità ed **integrazione** dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Le COT sono state istituite per garantire l'accesso ai servizi sanitari in modo tempestivo e appropriato, ridurre i tempi di attesa e migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti ai pazienti

- **Unità di Continuità Assistenziale (UCA)**

È un servizio sanitario che garantisce l'assistenza medica domiciliare ai **pazienti che non possono recarsi presso gli ambulatori medici**.

L'UCA è dotata di un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui o di comunità in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità

- **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

È un servizio sanitario che garantisce l'assistenza domiciliare integrata ai pazienti che necessitano di **cure mediche e infermieristiche**, per l'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

- **Infermiere di Famiglia e Comunità (IFC)**

È la figura professionale di riferimento che assicura **l'assistenza infermieristica** ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità.

Inoltre il DM 77 evidenzia come fondamentali i **Servizi di Telemedicina e interoperabilità** dei sistemi ponendo al centro le competenze digitali del cittadino e delle aziende sanitarie

il DM 77 introduce un nuovo strumento per l'assistenza globale dei pazienti territoriali:

il Progetto di salute - Planetary Health

Preso in carico della persona in termini olistici, secondo il concetto di "Planetary Health"

Il documento descrive il progetto di salute come *"il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE"*.

E' uno strumento di programmazione, verifica e controllo della presa in carico. La sua definizione determina l'identificazione di **un'equipe multiprofessionale minima** (composta almeno da medico o pediatra di famiglia, medico specialista ed infermiere) che diventa più ampia in base alla complessità clinico-assistenziale anche in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa (psicologo, assistente sociale, farmacista e altre figure dell'équipe)

Progetto di salute individuale, legato ad una logica di presa in carico individuale dei pazienti, principalmente cronici;

Progetto di salute di comunità, che abbia come territorio di riferimento, non il distretto sanitario, ma il territorio della Casa della Salute (mediamente 40.000-50.000 abitanti). Il Progetto di salute di Comunità, attraverso la raccolta delle informazioni, il dialogo fra le professioni integrate e la comunità e gli utenti, propone la riprogettazione dei servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare.

Progetto di salute semplice, prevede un'assistenza a pazienti stabili che non necessitano di un PAI o di un PRI

Progetto di salute complesso, dove viene definito il PAI o PRI e il piano delle attività e il budget si salute

PROGETTO DI SALUTE	COMPOSIZIONE	DESCRIZIONE
SEMPLICE	Piano di autocura	Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale.
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze). Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale.
	Portafoglio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia.
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati.
	Piano delle attività di e-health	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze. Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale. Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto. Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari. Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione.
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Eventuale definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare.
COMPLESSO	Piano di autocura	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale.
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze). Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale.
	Portafoglio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia.
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati.
	Piano delle attività di e-health	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze. Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale. Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto. Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari. Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione.
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare.
	Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti.

Nota: le differenze tra progetto di salute semplice e complesso sono evidenziate dal corsivo.
Fonte: D.M. 77/2022

CRITICITA

,

Il D.M. 77/2022 assegna grandi potenzialità all'assistenza territoriale ma contiene anche criticità insite nel testo approvato o nascoste nella fase attuativa che viene affidata alle regioni, alle aziende sanitarie e, per qualche aspetto (PUA, Consultori, UVMD, ecc.), anche ai comuni.

**il Progetto di salute nasce e si sviluppa solo all'interno del mondo sanitario.
Il PAI viene costruito solo con prestazioni sanitarie e mancano del tutto i servizi e le prestazioni sociali e socioassistenziali**

L'assistenza territoriale si riferisce per lo più all'insieme delle attività sanitarie svolte sul territorio, al fine di garantire una presa in carico precoce e una continuità assistenziale e **non garantisce una inclusione e una integrazione nell'ambiente di vita della persona**

**La causa della mancata Integrazione tra il SANITARIO
è la mancata definizione dei LEP – LEPS**

LEA - Livelli Essenziali di Assistenza

Sono elenchi di Prestazioni che il SSN deve offrire sul territorio a tutti i cittadini, sia gratuitamente sia attraverso il pagamento di una quota di partecipazione (ticket) e che sono soggetti a periodiche revisioni o aggiornamenti. Introdotti con l'articolo 1 della Legge 502/1992 i LEA sanitari.

Il DPCM del 12 gennaio 2017 ha provveduto a un aggiornamento dei vari livelli di assistenza:

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica (ossia le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli cittadini, programmi vaccinali ecc.)
- Assistenza distrettuale (cioè le attività e i servizi sanitari e socio-sanitari diffusi sul territorio, per es. assistenza sanitaria di base, assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale, assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale ecc.)
- Assistenza ospedaliera (cioè le attività e i servizi sanitari offerti nei presidi ospedalieri, per es. pronto soccorso, day hospital ecc.)

LEP e LEPS - Livelli Essenziali delle Prestazioni (Sociali)

La prima nozione di LEP appare nei decreti della riforma di legge n. 127/1997, e poi nella Legge 328/2000 di Riforma dell'assistenza e fa riferimento **alle prestazioni e ai servizi che devono essere assicurati in modo uniforme in tutto il territorio italiano per garantire i diritti civili e sociali dei cittadini.** Con la Riforma del Titolo V della Costituzione subentra la **competenza legislativa concorrente delle Regioni e non si è mai arrivati a un DPCM dove fossero determinati i LEPS** da garantire su tutto il territorio nazionale con accordo tra il Min.del Lav.e delle Pol.Sociali, il Min.dell'Economia e delle Finanze e la Conferenza Unificata.

Nel [Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023](#) e nel [Piano Nazionale per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2021 – 2023](#) si trovano le **schede tecniche di alcuni LEPS**, dove vengono individuate le prestazioni da assicurare a livello nazionale come il pronto intervento sociale, il diritto all'iscrizione anagrafica e il diritto all'alloggio per le persone senza fissa dimora.

La legge di bilancio 2022 (L. 234/2021), ha approvato sei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) prioritari e uno di questi è costituito dai “**Servizi sociali per le dimissioni protette**”

La dimissione (protetta) è un insieme di **azioni** che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall’ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, 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.**

coinvolge non solo la persona che ha bisogni concreti sanitari, ma coinvolge tutto il contesto familiare e l’ambiente.

domiciliarità

lo spazio significativo che comprende la casa, ma anche ciò che la circonda, cioè l’habitat collegato alla propria storia, all’esperienza, alla cultura, alla memoria, a tutto ciò che amplia il significato di domicilio globalità della persona stessa e ciò che la circonda.

In Italia ci sono molte esperienze progettuali che provano a mettere in cantiere buone prassi che hanno dato vita ad azioni di “Community Building” di costruzione di un nuovo welfare di comunità, di accompagnamento e sostegno alla domiciliarità

Nel corso del 2016-2017 l'Associazione La Bottega del Possibile è stata impegnata in un ambizioso progetto, **finanziato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**,

“Tutti in Rete – In cammino con La Bottega del Possibile”

per promuovere, innovare, partecipare, formare e seminare Cultura di Domiciliarità”, avente le seguenti finalità:

- creazione di una banca dati sulle buone pratiche di sostegno alla domiciliarità
- creazione di una banca dati sulle policy di sostegno alla domiciliarità
- digitalizzazione e organizzazione di un Centro di Documentazione.

Complessivamente sono state raccolte 101 esperienze di sostegno alla domiciliarità, di cui la maggior parte realizzate al Nord, rivolte soprattutto a persone anziane.

Il materiale è stato inserito nel **Centro di Documentazione**, all'interno del quale si possono trovare più di 800 documenti informatizzati e oltre 2.000 volumi,

La nostra Associazione ha partecipato a questo bando cogliendo le sfide connesse ai processi di co-progettazione ed il nostro progetto è uno degli 800 documenti

2010-2011 SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO SPERIMENTAZIONE

dalla Riabilitazione al Reinserimento sociale per i soggetti con GCA e le loro famiglie

Istituto di Riab.ne SStefano, UNIVPM: Centro Interdipartimentale per la ricerca e l'integrazione Sociale (CRISS)

2012-2013 SERVIZIO DI ACCOMPAGNAMENTO

dalla Riabilitazione al Reinserimento sociale per i soggetti con GCA e le loro famiglie

con il finanziamento del CSV

Partner del progetto:

Istituto di Riabilitazione SStefano, UnivPM

Centro Interdipartimentale per la ricerca e l'integrazione Sociale (CRISS),

AVULSS di Macerata e AVULSS di Potenza Picena,

ANFFAS di Civitanova Marche, CRI (Croce Rossa Italiana) di Porto Potenza Picena

2014-2016 Percorsi di Accompagnamento e Family Learning **per la Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA)** con il finanziamento della Cariverona

Partner del progetto: CRISS – Centro Interdipartimentale per la ricerca e l'integrazione socio-sanitaria (UNIVPM)

Istituto di Riabilitazione S.Stefano (MC), Azienda Ospedaliera Universitaria OSPEDALI RIUNITI (AN)

Azienda Sanitaria – Area Vasta n. 3 Civitanova Marche (per il Family Learning)

Madonna della Rosa-Laboratorio Artigiano Carta a mano (AN) - Organizzazioni Di Volontariato: AVULSS, ANFASS UNITALSI, CRI

dal 2014 CONVENZIONE con INAIL di AN – MC – FM – AP

per l'attivazione del Servizio agli Infortunati sul Lavoro



**2017 - 2019 Servizio di Accompagnamento e
Servizio di Re-Inserimento Occupazionale
per il Trauma Cranico (TC) e la Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA)**

Partner del progetto: Istituto di Riabilitazione S.Stefano (MC), Confartigianato Marche (AN)

dal 2020 a tutt'oggi

Servizio di Accompagnamento

Servizio di Re-Inserimento Occupazionale

“Costruiamo il Welfare dei Diritti sul Territorio”

Sono stati scelti sette progetti da premiare, che sono stati pubblicati in due fascicoli della rivista (nn. 2 e 3 del 2020) e che sono stati raccolti in questo Quid Album.



INDICE

- 1 *Costruiamo il Welfare dei Diritti sul Territorio. Uno sguardo oltre l'emergenza*
U. De Ambrogio
- 3 **Welfare**
V.I.P. Very Informal People
V. Sommadossi
- 7 **Servizi sociali**
Un modello di pronto intervento sociale: il Servizio emergenza urgenza sociale
R. Boldrini, A. Mirri
- 11 **Servizi sociali**
Microarea alessandrina. Uno spazio multifunzione di promozione della vita nel quartiere Cristo di Alessandria
M. Fasciolo, S. Guasasco, V. Oddone
- 15 **Infanzia e adolescenza**
NEST: Nido Educazione Servizi Territorio
E. Serangeli
- 19 **Disabilità**
Il re-inserimento sociale e occupazionale della persona con disabilità acquisita
E. Stefoni
- 23 **Servizi sociali**
Progetti antispreco di recupero delle eccedenze al in Valle di Susa
R. Taberna
- 27 **Anziani**
Progetto Anziani in Affidato
M. Galvani, S. Monchera



ORDINE ASSISTENTI SOCIALI Consiglio Nazionale

ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE irs

Prospettive Sociali e Sanitarie

COSTRUIAMO il WELFARE dei DIRITTI sul TERRITORIO

Quarta edizione, 2019/2020

Ester Stefoni, Associazione Marchigiana Traumatizzati Cranici "Andrea",
Kos Care Santo Stefano Riabilitazione

è insignita del
Premio CNOAS IRS PSS *Costruiamo il Welfare dei Diritti sul Territorio*, quarta edizione, 2019/2020
per l'articolo
L'accompagnamento nel Re-Inserimento Sociale e Occupazionale della persona con disabilità acquisita
con la seguente motivazione:
«Per aver saputo realizzare un efficace sviluppo di prestazioni idonee e rispondenti ai desideri della persona con disabilità acquisita, per il suo re-inserimento relazione e occupazionale.»

Gianmario Gazzì, *Presidente CNOAS*

Ugo De Ambrogio, *Direttore IRS*

Emanuele Ranci Ortigosa, *Direttore PSS*

“Mettiamoci la faccia: assistenti sociali si raccontano”

Avviso pubblico per la costruzione di un elenco volto a promuovere progetti innovativi su aree tematiche del sociale e buone prassi in lavoro sociale



Ordine degli
Assistenti
Sociali

Consiglio
Regionale
Marche

Sono stati premiati 10 progetti presentati, tra cui "**Percorsi di accompagnamento e Family Learning per la grave cerebrolesione acquisita**", curato e svolto dall'Associazione Marchigiana Traumatizzati Cranici "Andrea" in collaborazione con l'Istituto di Riabilitazione S.Stefano e il CRISS di Ancona.

L'esperienza di SA è stata realizzata nel concreto da Assistenti sociali che hanno attivato la rete dei servizi, dietro il suggerimento delle famiglie

VIDEO su Youtube

- Obiettivi
- Accompagnare la famiglia
- Accompagnare la persona
- Formazione alla metodologia dell'accompagnamento
- Il lavoro di rete
- Presentazione di un caso



Auspico che le associazioni si facciano promotrici della messa in atto dell'integrazione per la domiciliarità.

La disabilità riguarda tutti, perché se è vero che la persona va considerata nell'ambiente in cui vive e l'ambiente è parte della comunità, ogni essere umano è coinvolto in quanto responsabile a rendere l'ambiente attento, accogliente e facilitante attorno alla persona.

GRAZIE !

ester.stefoni@sstefano.it

