



ASReM - Az. Sanitaria Reg. Molise
Prot. 123520 del 09-10-2013
Sezione: ARRIVO



Del. R. AGO
Line
Domestic
Botone
WAGC
ES
[Signature]

Regione Molise
Assessorato alle Politiche Sociali

L'Assessore

Regione Molise
Protocollo Generale Area III
Prot. 0036101/13 Del 03/10/2013
Partenza



A.S.Re.M
Direttori dei Distretti Sanitari
LORO SEDI

e, p.c.

Direttore Generale
CAMPOBASSO

OGGETTO: F.N.A. 2013. Programma Attuativo "per le persone in condizioni di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile e minori con grave disabilità residenti nella regione Molise". Deliberazione di Giunta Regionale del 6 settembre 2012, n.434.

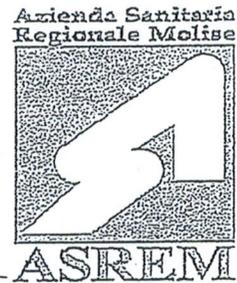
L'Esecutivo regionale ha inteso improntare le politiche in materia di assistenza alla popolazione in condizione di non autosufficienza privilegiando il sostegno alla domiciliarità ampliando e semplificando i sistemi di accesso e della presa in carico al fine di assicurare risposte ai bisogni complessivi della persona e della famiglia. In particolare, il Programma Attuativo, finanziato con il F.N.A. 2013, approvato con deliberazione di Giunta Regionale del 6 settembre 2013, n.434, consente di intervenire sui pazienti in severe condizioni cliniche con azioni tese ad elevare il livello della qualità della vita dei malati e dei loro familiari, l'impatto legato alla gestione della malattia, il livello di sicurezza clinica nella fase avanzata, l'appropriatezza e l'efficacia delle cure domiciliari ad alta integrazione, assicurando, nel contempo, flessibilità e tempestività della risposta organizzativa in conseguenza delle mutevoli esigenze dettate dalle condizioni esistenziali. Inoltre, sono assicurati interventi in favore di minori in condizioni di grave disabilità per migliorare i livelli di autonomia e scongiurare fenomeni di esclusione sociale.

Il Provvedimento regionale è stato pubblicato sul BURM del 16 settembre 2013 e sul sito della Regione Molise www.regione.molise.it alla voce Area tematica "Politiche Sociali" Attività e Servizi "Osservatorio Fenomeni Sociali".

Per una efficace e corretta realizzazione degli interventi progettuali è necessaria una attiva collaborazione dei servizi territoriali distrettuali così come stabilito dal protocollo d'intesa sottoscritto tra la Regione Molise e l'A.S.Re.M. in data 9 settembre 2013, che ad ogni buon fine si allega in copia.

Certo che l'attuazione del Programma in parola possa rappresentare una occasione per implementare metodi e pratiche per una più consolidata integrazione tra i servizi sociali e sanitari.

Michele Petrarola



PROTOCOLLO D'INTESA TRA LA REGIONE MOLISE, E L'A.S.Re.M.
PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGRAMMA ATTUATIVO
*“per le persone in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile e minori
con grave disabilità residenti nella regione Molise”.*
Deliberazione di Giunta Regionale del 6 settembre 2013. n. 434

1. Premessa

La Regione Molise ha improntato le politiche in materia di assistenza alla popolazione in condizione di non autosufficienza privilegiando il sostegno alla domiciliarità, all'assistenza personale auto-gestita, ampliando e semplificando i sistemi di accesso e della presa in carico garantendo la flessibilità degli interventi e dei servizi al fine di assicurare risposte ai bisogni complessivi della persona e della famiglia. Il modello organizzativo individua nell'Ambito Territoriale Sociale e nel Distretto Sanitario la dimensione ideale per l'esercizio delle funzioni di programmazione, governo e gestione integrata della rete dei servizi. Il Programma Attuativo per i pazienti malati di SLA - Supporto ai pazienti ed alle famiglie delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica nella regione Molise, ancora in corso, ha consentito di intervenire sui pazienti in severe condizioni cliniche con azioni tese ad elevare il livello della qualità della vita dei malati e dei loro familiari, l'impatto legato alla gestione della malattia ed il livello di sicurezza clinica nella fase avanzata, l'appropriatezza e l'efficacia delle cure domiciliari ad alta integrazione, flessibilità della risposta organizzativa in conseguenza delle esigenze mutevoli e tempestività di erogazione dei servizi.

La realizzazione, nel 2011, del Programma regionale di interventi in favore dei bambini e dei giovani ipo e non vedenti che frequentano le scuole pubbliche primarie e secondarie di primo e secondo grado nel Molise, cofinanziato dall'INPDAP, ha consentito il raggiungimento di buoni livelli di autosufficienza dei bambini che hanno frequentato corsi di autonomia personale nell'orientamento e nella mobilità.

Gli interventi citati hanno indotto il Governo regionale ad orientare la programmazione 2013 in modo da assicurare l'assistenza alle persone non autosufficienti in condizione di media gravità attraverso i servizi territoriali sociali e sanitari loro dedicati ed a veicolare le risorse del FNA per implementare le azioni rivolte ai pazienti gravi e gravissimi ed ai minori in condizione di grave disabilità per migliorare i livelli di autonomia e scongiurare fenomeni di esclusione sociale.

2. Finalità

Il Programma attuativo di cui al presente protocollo d'intesa, predisposto in funzione di quanto stabilito dal decreto, 20 marzo 2013, del Ministero del Lavoro di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, della Salute e per la Cooperazione internazionale e l'Integrazione con delega alle Politiche per la Famiglia in materia di prestazioni, interventi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, emanato ai sensi dell'art.1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, è finalizzato ad assicurare nella regione Molise un sistema assistenziale domiciliare alle persone in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile ed interventi strutturati per l'acquisizione di soddisfacenti livelli di autonomia in favore di bambini ed adolescenti.

Le risorse impiegate per la sua attuazione sono destinate alla realizzazione di prestazioni, interventi e servizi assistenziali nell'ambito dell'offerta integrata di servizi socio-sanitari in favore di persone non autosufficienti, individuando le seguenti aree prioritarie di intervento:

- a. il rafforzamento ai fini della massima semplificazione degli aspetti procedurali, di punti unici di accesso alle prestazioni ed ai servizi localizzati negli Ambiti Territoriali in conformità quanto previsto dall'art.4, comma 1, lettera a del decreto interministeriale 20 marzo 2013;
- b. il rafforzamento di modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano personalizzato di assistenza, che integri le diverse componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale in modo da assicurare la continuità assistenziale, superando la frammentazione tra le prestazioni erogate dai servizi sociali e quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno e favorendo la prevenzione ed il mantenimento di condizioni di autonomia anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- c. l'implementazione di modalità di valutazione della non autosufficienza attraverso unità multi professionali UVM, in cui siano presenti le componenti clinica e sociale, utilizzando le scale già adoperate dai servizi territoriali, tenendo anche conto ai fini della valutazione bio-psico-sociale delle condizioni di bisogno, della situazione economica e dei supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci;
- d. il rafforzamento del supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia attraverso l'incremento dell'assistenza domiciliare, anche in termini di assistenza tutelare e personale, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio, adeguando le prestazioni all'evoluzione dei modelli di assistenza domiciliare;
- e. la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia con trasferimenti monetari nella misura in cui gli stessi siano condizionati all'acquisto di servizi di cura ed assistenza domiciliari o alla fornitura diretti degli stessi da parte di familiari e vicinato sulla base del piano personalizzato di cui all'art.2, lettera b) del decreto interministeriale 20 marzo 2013, ed in tal senso monitorati;
- f. la previsione di un supporto alla persona non autosufficiente ed alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare, assumendo l'onere della quota sociale e di altre azioni di supporto individuate nel progetto personalizzato di cui all'art.2, lettera b) del decreto interministeriale 20 marzo 2013 ed ad esclusione delle prestazioni erogate in ambito residenziale a ciclo continuativo.



Nello specifico, con:

1. l'accesso ai servizi sociosanitari, che la normativa regionale vigente in materia, Piano Sanitario Regionale e Piano Sociale regionale, prevedono siano a cura dei Distretti sociosanitari e degli Ambiti Territoriali Sociali (Uffici di Cittadinanza), coincidenti territorialmente, limitatamente al Programma attuativo, al fine di semplificare ulteriormente l'informazione e l'accesso, considerato il target della popolazione servita che vive condizioni di grave non autosufficienza, è curato dagli Uffici di Cittadinanza presenti presso i Comuni di residenza dei pazienti;
2. azioni finalizzate a potenziare percorsi assistenziali domiciliari con una presa in carico globale della persona in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile e dei suoi familiari, attraverso la formulazione di piani personalizzati di assistenza, redatti dall'assistente sociale incaricata di seguire il caso con la stretta collaborazione del medico di M.G. e della UVM distrettuale, che contemplino la partecipazione sinergica di tutte le professionalità mediche, specialistiche e sociali per poter garantire interventi ad alto livello di complessità, se richiesti;
3. implementazione dell'attività di valutazione svolta dalle UVM che utilizzano per la rilevazione dei bisogni la Classificazione ICF, uno strumento di valutazione bio-psico-sociale che muove dalle caratteristiche della salute della persona all'interno del contesto della situazione di vita individuale e degli impatti ambientali e sociali (condizioni di bisogno, situazione economica, supporti fornibili dalla famiglia o da chi ne fa le veci), integrandoli con gli aspetti medici e l'utilizzo di specifiche scale di seguito indicate;
4. prestazioni rese nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sviluppate per un numero di ore sufficienti a rispondere alle criticità emergenti per la tutela domiciliare della persona, tenendo conto della evoluzione della malattia, coprendo gli aspetti legati ai bisogni di mobilitazione, respirazione, nutrizione e comunicazione, inseriti nella dimensione domiciliare per rafforzare l'integrazione delle componenti sanitaria, sociosanitaria e sociale al fine di assicurare continuità assistenziale;
5. azioni volte al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, in sostituzione di altre figure professionali (quindi remunerati), o svolti da terzi attraverso l'acquisto di servizi di cura ed assistenza domiciliare, in base al progetto personalizzato ed opportunamente monitorati;
6. fornitura ausili e presidi sanitari non compresi nel nomenclatore sanitario per migliorare la qualità della vita dei pazienti e ridurre l'onere assistenziale del caregiver;
7. supporto alla famiglia attraverso ricoveri di sollievo in residenze sociosanitarie, assumendo l'onere della quota sociale, quale intervento complementare all'assistenza domiciliare;
8. interventi, teorici e pratici, personalizzati atti a favorire il raggiungimento delle capacità di autonomia personale dei minori con grave disabilità.

3. Destinatari

I destinatari del Programma attuativo sono:

- A) pazienti residenti nella regione Molise che presentano bisogni con un elevato livello di complessità, in condizione di dipendenza vitale da assistenza continua e vigile;
- B) minori con grave disabilità che limita fortemente l'apprendimento delle competenze necessarie a favorire l'autonomia comunicativa-relazionale, residenti nella regione Molise, bisognosi di interventi strutturati per l'acquisizione di soddisfacenti livelli di autonomia.

I pazienti compresi alla lettera A) sono:

- persone con gravi patologie degenerative non reversibili in ventilazione meccanica assistita o NIV a permanenza 24h o coma, ivi compresi pazienti affetti da SLA ;
- persone con grave stato di demenza valutato sulla base della scala CDRs (Clinical Dementia Rating scale), con punteggio 4;
- persone con patologie ad andamento cronico degenerativo con pluripatologia (valutate sulla base della scala di valutazione CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) a 14 item, con indice di severità uguale o maggiore di 3 e con indice di comorbilità uguale e maggiore di 3 e con almeno altre due patologie, non concorrenti, oltre la principale;
- persone con gravissimi disagi psichici o intellettivi o sordo cecità che necessitano di assistenza vigile 24h con grave rischio per la loro incolumità vitale;
- persone con cerebro lesioni o stati vegetativi che necessitano di assistenza vigile 24h con grave rischio della loro incolumità vitale.

4. Tipologia di interventi che l'A.S.Re.M. assicura per la realizzazione del Programma Attuativo

Garantire la piena integrazione sociosanitaria, attraverso:

- la collaborazione con l'assistente sociale del Comune di residenza dell'assistito/ATS affinché il processo assistenziale si avvalga di tutte le risorse necessarie all'integrazione socio-sanitaria realizzata attraverso un'equa ripartizione degli interventi dell'Azienda Sanitaria Regionale ed i Comuni, stabiliti in misura proporzionale a quanto previsto dai PAI;
- la collaborazione alla stesura di progetti assistenziali che contemplino le caratteristiche del destinatario (quali la fragilità, la complessità, i residui livelli di autonomia, la presenza di caregiver) e le caratteristiche dell'intervento (frequenza, intensità, durata del programma di assistenza, complessità delle prestazioni, livello di specializzazione degli operatori, sintonia dell'équipe);
- con riguardo all'aspetto organizzativo, la competenza, per gli interventi a carattere socio-assistenziale, è dell'assistente sociale dell'ATS/Comune che si avvale degli organismi di valutazione multidimensionale e multi professionale previsti nella strutturazione dell'ASReM . Preliminarmente all'erogazione delle prestazioni previste nei PAI ed alla stessa valutazione multidimensionale devono essere previsti interventi realizzati in adesione al modello di verifica e revisione di qualità in ciascuna delle seguenti fasi della strutturazione del progetto:

1. misurazione dei bisogni ed analisi della risorse;
2. definizione degli obiettivi e degli indicatori;
3. programmazione dei percorsi ed organizzazione dei servizi e delle risorse
4. valutazione degli esiti;

- la valutazione dei bisogni attraverso l'utilizzo della Classificazione ICF (International Classification of Functioning Disability and Health) in funzione dell'elaborazione del PAI, effettuata dalla Unità di valutazione multidimensionale integrata con le professionalità ritenute indispensabili in relazione alle specifiche problematiche e l'utilizzo delle specifiche scale indicate al punto 3 del presente protocollo d'intesa;
- la collaborazione sinergica tra l'UVM, il medico di medicina generale, le diverse professionalità mediche, specialistiche e sociali, volta a garantire la possibilità di

interventi ad alto livello di complessità, eventualmente richiesti dal caso, ed a procedere, ad una valutazione globale dei principali parametri della malattia, al fine di valutarne il livello di severità raggiunto e la velocità di evoluzione, consentendo all'UVM ed all'Assistente Sociale del Comune di procedere, dopo la prima definizione del PAI, alla sua eventuale modifica;

- un supporto psicologico dei pazienti che presentano bisogni con un elevato livello di complessità e dei familiari;
- l'intervento del medico di medicina generale e la consulenza domiciliare programmata dei medici specialisti, dell'infermiere, dello psicologo e da altri operatori, individuati dall'UVM, in base alla specificità dei bisogni;
- l'integrazione dell'UVM, con le figure già presenti nella strutturazione aziendale, medico di medicina generale, fisiatra, geriatra, assistente sociale, infermiere professionale, con le figure professionali che garantiscano l'approccio multi e transdisciplinare medico anestesista-rianimatore, pneumologo, neurologo, fisiatra, gastroenterologo, psicologo, dietista, nonché con altro personale medico specialista laddove necessario, al fine di assicurare interventi adeguati;
- la partecipazione del direttore Amministrativo dell'Azienda Sanitaria Regionale, o suo delegato, ai lavori della Commissione Regionale di Riferimento per la realizzazione del Programma Attuativo;

5. Adempimenti a carico della Regione

- garantire l'attività di coordinamento del Programma ;
- partecipare ai lavori della Commissione Regionale di Riferimento per la realizzazione del Programma Attuativo.

6. Durata

Il presente protocollo d'intesa decorre dalla data di sottoscrizione ed avrà durata fino al termine della sua realizzazione.

7. Norma Finale e di Rinvio

Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente protocollo d'intesa, gli Enti firmatari fanno rinvio alle disposizioni di cui alla deliberazione della Giunta Regionale del Molise 6 settembre 2013, n. 434 che possono trovare applicazione nel caso di specie.

8. Proroga intesa sottoscritta per la realizzazione del programma attuativo "per i pazienti malati di sla" (DGR del 9 gennaio 2012, n.7)

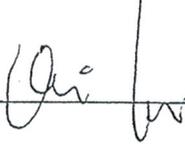
Le clausole previste nell'intesa sottoscritta per la realizzazione del programma attuativo "per i pazienti malati di sla" supporto ai pazienti ed alle famiglie delle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica nella regione molise di cui alla deliberazione di Giunta Regionale 9 gennaio 2012, n.7, si intendono valevoli fino al termine della sua realizzazione, prevista inizialmente alla scadenza di un anno e prorogata fino all'esaurimento delle risorse finanziarie con determinazione dirigenziale del Direttore del Servizio Assistenza Sociosanitaria del 21 maggio 2013, n. 140 .



Campobasso, 08.08.2013

PER L'ASSESSORATO REGIONALE
ALLE POLITICHE SOCIALI
IL DIRETTORE GENERALE

dott. Antonio Franciori



PER L'A.S.Re.M.
IL DIRETTORE GENERALE

dott. Angelo Percopo