



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 Affido*  
M. Galvani, S. Monchera

The image shows a certificate of award. It features the logos of the Ordine Assistenti Sociali Consiglio Nazionale, the Istituto per la Ricerca Sociale (irs), and Prospettive Sociali e Sanitarie. The text of the certificate reads: "COSTRUIAMO il WELFARE dei DIRITTI sul TERRITORIO". It awards Ester Stefoni, Associazione Marchigiana Traumatizzati Cranici "Andrea", Kos Care Santo Stefano Riabilitazione, with the "Premio CNOAS IRS PSS Costruiamo il Welfare dei Diritti sul Territorio, quarta edizione, 2019/2020" for the article "L'accompagnamento nel Re-Inserimento Sociale e Occupazionale della persona con disabilità acquisita". The certificate is signed by Gianmario Gazzì (Presidente CNOAS), Ugo De Ambrogio (Direttore IRS), and Emanuele Ranci Ortigosa (Direttore PSS).

Quarta edizione, 2019/2020

ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE **irs**

ORDINE ASSISTENTI SOCIALI  
Consiglio Nazionale

Prospettive Sociali  
e Sanitarie

**COSTRUIAMO il WELFARE dei DIRITTI sul TERRITORIO**

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 de 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](mailto:ester.stefoni@sstefano.it)

