

ALLEGATO A - DESCRIZIONE DEL SERVIZIO

Oggetto: **SERVIZI DOMICILIARI PER ANZIANI IN DIMISSIONE PROTETTA NELL'AMBITO DEL PNRR, M5 C2 INVESTIMENTO 1.1.3 - CUP B94H22000150006**

Definizioni fondamentali

P.A.I.: Progetto Assistenziale Individualizzato, documento di sintesi che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno con l'intento di formulare ed attuare un progetto di cura e assistenza che possa favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per il paziente;

C.O.T.: Centrale Operativa Territoriale avente la funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale; la COT dell'Azienda ULSS 8 "Berica" ha sede in corso S.S. Felice e Fortunato 229 - 36100 Vicenza;

U.V.M.D.: Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale, costituisce la modalità di accesso ai servizi della rete territoriale dei servizi socio-sanitari dell'Azienda ULSS 8 "Berica"; è composta da un gruppo di professionisti socio sanitari del Distretto di riferimento, chiamati a valutare il tipo di bisogno della persona che ha presentato domanda al fine di identificare gli interventi e le risposte più appropriate;

S.Va.M.A. sociale: Scheda per la Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano, riassume tutte le informazioni, sotto il profilo sanitario e socio-assistenziale nonché delle abilità residue, utili a descrivere le condizioni della persona per la quale si valutano i bisogni sociali e assistenziali.

DESCRIZIONE GENERALE DEL SERVIZIO E FINALITÀ

Oggetto dell'appalto sono i Servizi domiciliari per anziani in dimissione protetta residenti nel territorio dell'ATS VEN_06-Vicenza.

Più specificamente, i servizi domiciliari in questione consistono in prestazioni di natura socio-assistenziale, erogate da figure professionali qualificate, in favore di anziani ultrasessantacinquenni, parzialmente o totalmente non autosufficienti, con lo scopo di sostenerne il tempestivo rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero nell'Ospedale di Vicenza, in particolare nei reparti di Geriatria 1 e 2. Tali prestazioni, quindi, sono volte a coprire la prima fase del post dimissione, per il transito dal Sistema Sanitario al Servizio di Assistenza Domiciliare ordinario comunale o ad altri servizi assistenziali.

I servizi domiciliari vengono erogati sotto forma di **progetti intensivi di prestazioni socio-assistenziali**. L'intervento prevede l'attivazione di **almeno 125 progetti assistenziali intensivi**. L'articolazione dell'assistenza dovrà essere caratterizzata da una estrema flessibilità sui bisogni assistenziali della persona e degli altri dispositivi (formali e informali) eventualmente attivati.

Si ritiene di poter indicare per ogni progetto intensivo **una media** di 90 ore articolate in 3 settimane (il numero potrà subire variazioni in relazione alla complessità sanitaria e socio-assistenziale della casistica).

Per la realizzazione del servizio viene richiesto all'Aggiudicatario:

- 1 – l'erogazione dei progetti intensivi di prestazioni socio-assistenziali;
- 2 – l'organizzazione di un Centro di Coordinamento Dimissioni Protette (**C.D.P.**), costituito da una figura professionale che ricoprirà il ruolo di Coordinatore.

1 – EROGAZIONE PROGETTI INTENSIVI DI PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI

1.1 – Progetto Assistenziale Individualizzato

Il P.A.I., definito dalla U.V.M.D., è lo strumento attraverso il quale vengono definiti:

- i tempi di dimissione ospedaliera del paziente e di attivazione dei servizi domiciliari;
- la tipologia e pianificazione oraria delle prestazioni assistenziali, nei limiti del finanziamento previsto e secondo priorità di intervento;
- il coordinamento degli interventi del progetto intensivo con le prestazioni sanitarie dell'Azienda ULSS 8 "Berica" e le attività assistenziali (organizzate dalla famiglia e/o da personale di assistenza privata) cui il beneficiario ha accesso;
- tempi e modalità di monitoraggio e verifica del progetto individualizzato.

1.2 – Contenuto dei progetti intensivi

Di seguito sono descritte le prestazioni socio-assistenziali che possono comporre i progetti intensivi, a seconda delle indicazioni contenute nel P.A.I.:

- 1) cura della persona: assistenza nell'igiene personale quotidiana, assistenza all'incontinente, bagno o doccia, lavaggio capelli, cura ordinaria di piedi e mani, igiene personale della persona allettata, vestizione, assistenza nell'assunzione dei pasti, assistenza nell'uso dei servizi igienici;
- 2) prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione: frizioni e massaggi antidecubito, assistenza per la corretta assunzione delle terapie farmacologiche con supervisione medico-infermieristica, misurazione della temperatura corporea e dei valori pressori, segnalazione alle figure sanitarie sull'idoneità e sul funzionamento di protesi e ausili;
- 3) mobilizzazione: aiuto nella deambulazione con o senza ausili, mobilizzazione letto-poltrona del non autosufficiente, posizionamento dell'allettato;
- 4) accompagnamento dell'utente: in via residuale rispetto alle attività di accompagnamento eventualmente assicurate dalla famiglia o dalla rete dei servizi territoriali per l'accesso agli uffici e ai servizi in ambito comunale e limitrofo, per raggiungere strutture socio-sanitarie, per visite mediche e per terapie, mettendo a disposizione l'auto propria o dell'appaltatore, nell'ambito delle finalità previste dal P.A.I.;
- 5) prestazioni di sostegno e di segretariato sociale: supporto nel disbrigo di pratiche amministrative e previdenziali attraverso il contatto con gli enti preposti entro quanto previsto dal P.A.I., informazione e orientamento al caregiver e alla famiglia sulla rete dei servizi socio-sanitari per l'accesso alle prestazioni e agli ausili;
- 6) integrazione e collaborazione con il Servizio Sociale dei Comuni dell'ATS e con altri Servizi: collaborazione con le figure professionali dei Servizi Sociali Territoriali e con quelle sanitarie, con particolare riferimento ai Medici di Assistenza Primaria e alla Unità operativa complessa (U.O.C.) Cure Primarie, attivazione delle risorse territoriali a favore dell'utente non autosufficiente.

1.3 – Modalità di erogazione dei progetti intensivi

Le prestazioni sono rese da Operatori Socio Sanitari (O.S.S.). Il servizio può essere erogato tramite un singolo operatore socio sanitario o una coppia di operatori in sinergia (sia in alternanza che in compresenza), sempre privilegiando la continuità nell'assistenza al beneficiario.

Il progetto intensivo è erogabile **sia nei giorni feriali che festivi**, per una **durata massima di n. 4 settimane** post dimissione (per il servizio svolto nei giorni festivi sarà corrisposta la relativa tariffa diurna maggiorata).

Sono erogabili **massimo di 6 ore al giorno di prestazioni, da svolgersi tra le ore 6:00 e le ore 22:00**. Il numero di ore giornaliere erogabili è comunque modificabile in base al P.A.I. e all'andamento del progetto assistenziale, tenuto conto anche della possibile integrazione con altri

servizi a sostegno della domiciliarità erogati dai Comuni dell'ATS VEN_06_Vicenza (quali, a titolo esemplificativo, il telecontrollo/telesoccorso, i pasti a domicilio, il trasporto per non deambulanti, le impegnative di cura domiciliare).

L'ora della prestazione deve essere effettiva (di 60 minuti) e decorre dal momento in cui avviene l'accesso presso il domicilio dell'utente fino al momento in cui l'operatore lascia l'abitazione.

Ogni operatore deve essere dotato di un'automobile (privata o fornita dall'Aggiudicatario). La tariffa oraria del servizio di assistenza domiciliare è comprensiva del costo delle percorrenze chilometriche.

Ogni variazione del servizio o rimodulazione in diminuzione deve essere comunicata dal Coordinatore al Responsabile comunale del Servizio; non è previsto un aumento del monte ore autorizzato a valere sul finanziamento del PNRR per l'Investimento 1.1.3.

Qualora un intervento programmato non possa essere effettuato per l'assenza a domicilio del paziente non preventivamente comunicata, al posto dell'orario autorizzato, verranno riconosciuti 30 minuti di servizio effettuato. Dell'assenza del paziente dovrà essere data immediata comunicazione al Responsabile comunale del Servizio.

2 – CENTRO DI COORDINAMENTO DIMISSIONI PROTETTE (C.D.P.)

2.1 – Ruolo del C.D.P.

All'Aggiudicatario è richiesta l'organizzazione di un Centro di Coordinamento Dimissioni Protette deputato a relazionarsi con l'Ospedale di Vicenza e la Centrale Operativa Territoriale (C.O.T) per l'individuazione dei pazienti destinatari dei progetti intensivi di cui al presente progetto. Il Centro è costituito da una figura professionale che assume il ruolo di Coordinatore che ha due ordini di funzioni tra loro complementari:

- responsabile dell'iter di gestione della segnalazione di dimissione protetta: recepisce la segnalazione e, coordinandosi prontamente col Servizio Sociale Territoriale del Comune di residenza del paziente, valuta la situazione socio-abitativa e familiare del paziente in dimissione;
- responsabile operativo del servizio: coordina le attività del personale deputato all'erogazione dei progetti intensivi di prestazioni socio-assistenziali.

All'aggiudicatario si richiede che il Coordinatore garantisca la **presenza in servizio per 20 ore alla settimana**, oltre alla reperibilità telefonica:

- da parte degli OSS per interventi urgenti
- da parte dei familiari/caregiver/responsabile del paziente o del beneficiario stesso per comunicazioni urgenti.

Il Centro C.D.P. si colloca a Vicenza in via Giuriato n. 72, presso la sede comunale del Centro Servizi Sociali Territoriali Sud Est (CSST Sud-Est). La localizzazione presso il Comune capofila dell'ATS VEN_06-Vicenza è finalizzata a favorire le comunicazioni con l'Ospedale di Vicenza e con il Referente comunale del progetto.

2.2 – Funzioni del Coordinatore del Centro C.D.P.

I. In qualità di responsabile dell'iter di gestione della segnalazione di dimissione protetta, il Coordinatore:

- a) raccoglie le segnalazioni di dimissione protetta dalla C.O.T.;
- b) si rapporta tempestivamente col Servizio sociale del Comune di residenza del paziente; in particolare:

- se la situazione è conosciuta dai Servizi Sociali comunali, il Coordinatore coinvolge attivamente gli stessi dall'inizio del procedimento valutativo;
 - se la situazione non è conosciuta dai Servizi Sociali comunali, il Coordinatore, anche accedendo al reparto ospedaliero, contatta il familiare o il *caregiver* dell'anziano e, dopo aver condiviso il percorso con la persona o con chi la rappresenta, conferma il procedere dell'iter;
- c) collabora col Servizio sociale del Comune di riferimento per verificare:
- l'adeguatezza abitativa in relazione alle condizioni dell'anziano;
 - la situazione familiare e la presenza di un *caregiver*;
 - la situazione economica e l'eventuale utilizzo di risorse personali per l'attivazione di supporti assistenziali integrativi;
 - la presenza di servizi pubblici o privati già attivi;
 - la necessità di una figura di tutela giuridica;
- d) compila la S.Va.M.A. sociale e partecipa all'UVMD per la definizione del P.A.I. entro 5 giorni lavorativi dal ricevimento della segnalazione di cui al punto a);
- e) cura la sottoscrizione, da parte del paziente o del suo *caregiver* o di chi ne cura gli interessi, dell'istanza per l'attivazione del progetto intensivo di prestazioni socio-assistenziali;
- f) provvede a far protocollare l'istanza nella stessa data di formulazione del P.A.I. da parte del personale amministrativo del CSST Sud-Est;
- g) sottopone la domanda al RUP per la sua autorizzazione;
- h) restituisce alla C.O.T. la pianificazione del progetto intensivo e concorda tempi e modi della dimissione del paziente.

Si specifica che **dalla definizione del PAI in sede di UVMD alla dimissione effettiva del paziente non devono trascorrere più di tre giorni lavorativi** (cfr. Flowchart allegato).

II. In qualità di responsabile operativo del servizio, il Coordinatore:

- a) provvede alla pianificazione complessiva del progetto intensivo, in particolare organizzando gli accessi e gestendo il personale impiegato (occupandosi anche della gestione del turn over e delle eventuali sostituzioni);
- b) verifica la corretta redazione da parte degli O.S.S. del diario assistenziale;
- c) cura il costante collegamento con il Referente comunale di progetto in vista del termine di ciascun P.A.I. e della transizione ai percorsi assistenziali ordinari;
- d) rendiconta le prestazioni domiciliari nelle modalità stabilite dal Comune di Vicenza, eventualmente tramite interfaccia con l'applicativo web in uso
- e) coordina la collaborazione con le figure professionali sanitarie coinvolte nella gestione del caso per garantire il raggiungimento dei risultati assistenziali attesi ed evitare la ri-ospedalizzazione precoce del paziente;
- f) partecipa alle convocazioni trimestrali del Gruppo di Monitoraggio PNRR che ha la funzione di vigilare sul raggiungimento dei risultati attesi a livello quantitativo, qualitativo e di processo;
- g) trasmettere al Referente comunale del progetto:
- relazioni mensili, che descrivano l'andamento generale del servizio, il numero di segnalazioni ricevute e quelle per le quali è stato attivato un progetto intensivo, le caratteristiche dei beneficiari ammessi al S.A.I., eventuali criticità registrate e bisogni emersi, anche nelle relazioni con e tra le varie istituzioni coinvolte;
 - una relazione finale, entro 30 giorni dal termine dell'affidamento, sull'attività svolta e sui risultati conseguiti, numero e tipologia di attività, valutazione di impatto del servizio, oltre alla ulteriore informazione e documentazione richiesta dal Referente.

3 – OBBLIGO SPECIFICO DI FORMAZIONE

L'Aggiudicatario si impegna a garantire la partecipazione degli operatori (O.S.S. e Coordinatore del C.D.P.) a incontri di formazione specifica erogata da il Comune di Vicenza e dall'Azienda Ulss 8 "Berica" nelle aree tematiche di primario interesse per lo svolgimento del servizio oggetto del contratto.

4 – FORNITURA DI MATERIALI

Per lo svolgimento delle attività di cui al presente Allegato A, l'Aggiudicatario è tenuto a fornire i mezzi, gli strumenti e il materiale necessario per l'erogazione a regola d'arte delle prestazioni, ivi compresi i Dispositivi di Protezione individuale, garantendone la sicurezza, la qualità, l'idoneità e l'efficacia.

5 – REQUISITO: CAPACITÀ TECNICHE E PROFESSIONALI

Gli operatori che svolgono le prestazioni socio-assistenziali previste nei progetti intensivi devono possedere la qualifica di Operatore Socio Sanitario (O.S.S.).

Il Coordinatore del Centro C.D.P. deve essere in possesso del titolo di Assistente Sociale e di esperienza almeno biennale nel coordinamento di servizi socio-assistenziali o nell'organizzazione di attività assimilabili a quelle previste dal presente Allegato A.

6 – FLOWCHART

Nella pagina che segue è riportato il Flowchart che descrive in modo sintetico e analitico fasi, tempi, attività e responsabili dell'iter di gestione della segnalazione di dimissione protetta.



FLOWCHART

