

PROTOCOLLO D'INTESA

PER LE DIMISSIONI PROTETTE

*Rafforzamento degli interventi sociosanitari domiciliari integrati
per garantire la dimissione assistita e prevenire l'ospedalizzazione*

PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA

**MISSIONE 5 "INCLUSIONE E COESIONE" - COMPONENTE 2 "INFRASTRUTTURE SOCIALI,
FAMIGLIE, COMUNITÀ E TERZO SETTORE"**

**INVESTIMENTO 1.1 SOSTEGNO ALLE PERSONE VULNERABILI E PREVENZIONE
DELL'ISTITUZIONALIZZAZIONE DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

SUB-INVESTIMENTO 1.1.3



**Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU**

Glossario.....	2
Premessa.....	3
Art. 1 - Finalità ed obiettivi della Dimissione Protetta.....	5
Art. 2 - Ambito d'intervento: territorio e destinatari.....	6
2.1 Destinatari della Dimissione Protetta.....	6
Art.3 - Procedure di attivazione.....	6
Art.4 Durata e tipologia degli interventi attivabili.....	9
Art.4.1 Durata.....	9
Art.4.2. Tipologia degli interventi attivabili.....	9
Art. 4.3 Accoglienza delle Persone Senza Dimora.....	9
Art. 5 – Impegni e responsabilità delle parti.....	9
Art.6 - Conclusione anticipata della dimissione protetta.....	11
Art. 7 - Durata, modifiche e integrazioni.....	11
Art. 8 - Tavolo di coordinamento.....	11
Art.9 - Disposizioni finali.....	12
Art. 10 - Diffusione del protocollo.....	12
Riferimenti normativi.....	13

Glossario

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata	PO	Presidio Ospedaliero
ADP	Assistenza Domiciliare Programmata	POC	Presidio Ospedaliero Centrale
ADT	Assistenza Domiciliare Temporanea	PSD	Persone senza Dimora
ATS	Ambito Territoriale Sociale	PUA	Porta Unica di Accesso
DOP	Dimissione Ospedaliera Protetta	RSA	Residenza Socio-Assistenziale
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria	RSSA	Residenza Socio-Sanitaria Assistenziale
LEPS	Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali	SO	Stabilimento Ospedaliero
MMG	Medico di Medicina Generale	SSO	Servizio Sociale Ospedaliero
OSS	Operatore Sociosanitario	SVaMA	Scheda Valutazione Multidimensionale Adulto e Anziano
OSA	Operatore Socioassistenziale	SVaMDI	Scheda Valutazione Multidimensionale Disabilità
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato	UO	Unità Operativa
PLS	Pediatra di Libera Scelta	UVM	Unità di Valutazione Multidisciplinare
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza		

Premessa

La necessità di rafforzare il sistema di assistenza territoriale ha assunto una nuova rilevanza con l'emergenza epidemiologica da Covid-19 e, in tal senso, il Decreto Rilancio, D.L. 34/2020, coordinato con modificazioni dalla legge 77/2020, contiene all'art. 1 disposizioni volte a rafforzare l'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale.

La pandemia ha evidenziato la necessità di migliorare il livello di integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali, sia sanitari che sociali, confermando l'importanza di un modello di cura più incentrato sulla comunità di riferimento e sul territorio in quanto rispondente ai bisogni di salute delle persone e funzionale alla personalizzazione dell'offerta assistenziale in favore di pazienti cronici, diversamente abili ed anziani, in un'ottica proattiva.

L'emergenza sanitaria, inoltre, ha accelerato il processo di digitalizzazione in tutti i *setting* assistenziali, sia nella presa in carico del paziente che nella integrazione e nella comunicazione tra i professionisti di diversi servizi.

L'ospedale appare culturalmente come il riferimento principale per il soddisfacimento dei bisogni sanitari della popolazione; pertanto, le maggiori criticità si rilevano al momento della dimissione dalle strutture ospedaliere dei pazienti cosiddetti "fragili", per l'esistenza di condizioni cliniche precarie o situazioni di disagio socioeconomico, la cui gestione non può essere affidata esclusivamente alla famiglia, che talvolta vive le dimissioni come un'interruzione delle cure con conseguente senso di abbandono e disorientamento.

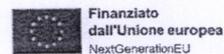
Un rientro a casa senza la necessaria continuità assistenziale può innescare una fase molto critica ed essere fonte di gravi disagi per il paziente ed i suoi *caregiver*, determinando spesso il reiterarsi di ricoveri ospedalieri, anche a distanza di brevi periodi, oppure l'inutile prolungamento della degenza per l'impossibilità di assicurare una più opportuna e adeguata assistenza domiciliare.

Per tale motivo le strutture ospedaliere ed i servizi territoriali sono in collegamento, in modo da segnalare tempestivamente il potenziale beneficiario della "dimissione protetta" e garantire la prosecuzione delle cure attraverso una presa in carico congiunta sanitaria e sociale.

La presa in carico dell'assistito è globale, secondo il concetto di "protezione sanitaria e sociale a rete", secondo un approccio "One-Health" (olistico) incentrato sul rafforzamento dei servizi sanitari locali per garantire la salute non solo come mera assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, sociale e mentale della persona.

Il percorso assistenziale integrato tra Ospedale e Territorio trova la sua massima espressione nell'attivazione della 'Dimissione Protetta' che concretamente rappresenta un graduale passaggio di *setting* assistenziale, tra strutture che esprimono funzioni contigue.

Le Missioni 5 e 6 del Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (da ora denominato PNRR), permettono di



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità, nonché i servizi di assistenza a domicilio. Nello specifico la Missione 5 finanzia il rafforzamento dei servizi sociali a favore della domiciliarità (Intervento 1.1.3), avente come obiettivo primario la costituzione di équipe professionali, con iniziative di formazione specifica, per migliorare la diffusione dei servizi sociali su tutto il territorio e favorire la deistituzionalizzazione e il rientro a domicilio dagli ospedali. È previsto, inoltre, un collegamento con iniziative progettuali sviluppate sull'Intervento 1.3.1 "Housing First" della Missione 5 per persone senza dimora, in condizioni di fragilità fisica o in salute fortemente compromesse dalla vita di strada, che abbiano subito ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici, che non dispongono di una abitazione.

Gli interventi della M6C1 sono volti al potenziamento dell'assistenza territoriale, in particolare alla finalizzazione del principio di "casa come primo luogo di cura". Nelle *Linee Guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare* (Milestone EU M6C1-4) si evidenzia che per permettere una dimissione protetta dalle strutture di ricovero occorre assicurare a domicilio la continuità di assistenza e cure di pari efficacia, anche grazie all'informatizzazione e all'interoperabilità dei sistemi per favorire la continuità informativa nelle transizioni tra *setting*.

Gli interventi previsti da questo Protocollo d'Intesa devono essere conformi alle previsioni del *Piano Operativo* approvato con Decreto Direttoriale n. 450 del 9/12/2021, ai livelli di servizio definiti dal *Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023* – Scheda LEPS 2.7.3 "Dimissioni protette" e alla cd. *Legge di Bilancio 2022* (Legge 234 del 30 dicembre 2021 articolo 1, comma 162 lettera a), comma 165 e comma 166).

Oltre alle prestazioni già garantite quale LEA sanitario all'art. 22, commi 4 e 5 del DPCM 12.1.2017, ai pazienti in dimissione protetta sono assicurate le prestazioni sociali ad esse integrative e le prestazioni di assistenza "tutelare" temporanea a domicilio, quali LEPS in ambito sociale, con spesa a carico del Comune per l'intervento del servizio sociale territoriale.

L'attività volta a garantire le dimissioni protette, per le competenze spettanti all'Ambito Territoriale, sarà finanziata con risorse a valere sul PNRR, nonché con altri fondi a disposizione del Comune di Taranto; in futuro si potrà anche prevedere un finanziamento a valere su fondi finalizzati del Piano Sociale di Zona 2022 – 2024 in corso di definizione.

Gli interventi devono rispettare i principi previsti dall'Unione Europea, in particolare garantire il raggiungimento di *milestone* e *target* ed il rispetto di tutte le norme comunitarie e nazionali applicabili in materia, con particolare riferimento ai vincoli in materia di contrattualistica pubblica e trasparenza, uguaglianza di genere, pari opportunità, tutela dei diversamente abili; devono garantire il rispetto del principio del non arrecare un danno significativo agli obiettivi ambientali ai sensi dell'art. 17 del Regolamento UE 2020/852 (DNSH), contribuire alla riduzione del divario territoriale e assicurare il rispetto del principio di sussidiarietà così come definito nell'articolo 5, paragrafo 3, del trattato sull'Unione Europea (TUE) e protocollo n. 2.

PROTOCOLLO D'INTESA

TRA

Direzione Servizi Sociali Comune di Taranto

Distretto Socio Sanitario Unico ASL di Taranto

Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero Centrale ASL Taranto

(Stabilimenti Ospedalieri SS Annunziata di Taranto, San Marco di Grottaglie,

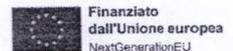
San Giuseppe Moscati di Statte)

Direzione Servizio Socio-Sanitario ASL Taranto

Art. 1 - Finalità ed obiettivi della Dimissione Protetta

1.1. L'obiettivo del presente protocollo è quello di consentire il rafforzamento e consolidamento di un percorso di tutela assistenziale dei pazienti "fragili" sia per condizioni cliniche precarie sia per mancanza di un adeguato supporto familiare, amicale o parentale, sia per inadeguatezza o precarietà abitativa.

1.2. Gli **obiettivi specifici** del Protocollo sono:



- definire l'ambito d'intervento: territorio e destinatari della dimissione protetta;
- avere un percorso di attivazione ben strutturato che identifichi con precisione i soggetti a cui compete la decisione sull'eleggibilità alla dimissione protetta, l'iter della presa in carico, la durata, la tipologia degli interventi attivabili;
- definire la tipologia degli operatori coinvolti: responsabilità, ruoli, competenze e mansioni.

Art. 2 - Ambito d'intervento: territorio e destinatari

2.1 Destinatari della Dimissione Protetta

Il target di riferimento è rappresentato da:

1. *persone anziane non autosufficienti e/o in condizioni di fragilità* residenti sul territorio dell'ambito territoriale di Taranto, non supportate da una rete formale o informale adeguata, costante e continuata, per i quali gli interventi sono volti a sostenere il rientro e la permanenza a domicilio a seguito di ricovero ospedaliero o dimissione da una struttura riabilitativa o servizio accreditato;
2. *persone di età inferiore ai sessantacinque anni* assimilabili ai soggetti di cui al punto 1;
3. *persone senza fissa dimora* (da ora denominato PSD) o in condizione di precarietà abitativa, residenti o temporaneamente presenti sul territorio dell'Ambito, che, a seguito di episodi acuti, accessi al pronto soccorso o ricoveri ospedalieri, necessitano di un periodo di convalescenza e di stabilizzazione delle proprie condizioni di salute.

Art.3 - Procedure di attivazione

Art.3.1 - Definizione dell'Equipe multidisciplinare

L'Equipe multidisciplinare di valutazione è composta da un Referente ASL, un referente del Distretto, un referente Servizio Sociale, dal MMG/PLS. Le figure professionali presenti variano in relazione alla tipologia specifica del caso.

Art. 3.2 Fasi procedurali

Fase 1 - La dimissione protetta del paziente è proposta dal Medico Responsabile dell'U.O. di degenza del Paziente, o suo delegato, ordinariamente **tre giorni prima** della data presunta di dimissione, che comunque non dovrà essere effettuata in giorni prefestivi e festivi. La scheda di segnalazione verrà inoltrata alla PUA del Distretto Unico a cura del Servizio Sociale Ospedaliero tramite il sistema EDOTTO e sarà corredata da una relazione compilata dalle Assistenti Sociali dell'ospedale, che supporteranno i sanitari nella predisposizione

della modulistica necessaria per ogni singolo caso. La tipologia di proposta di accesso da indicare in EDOTTO è l'ADT (Assistenza Domiciliare Temporanea).

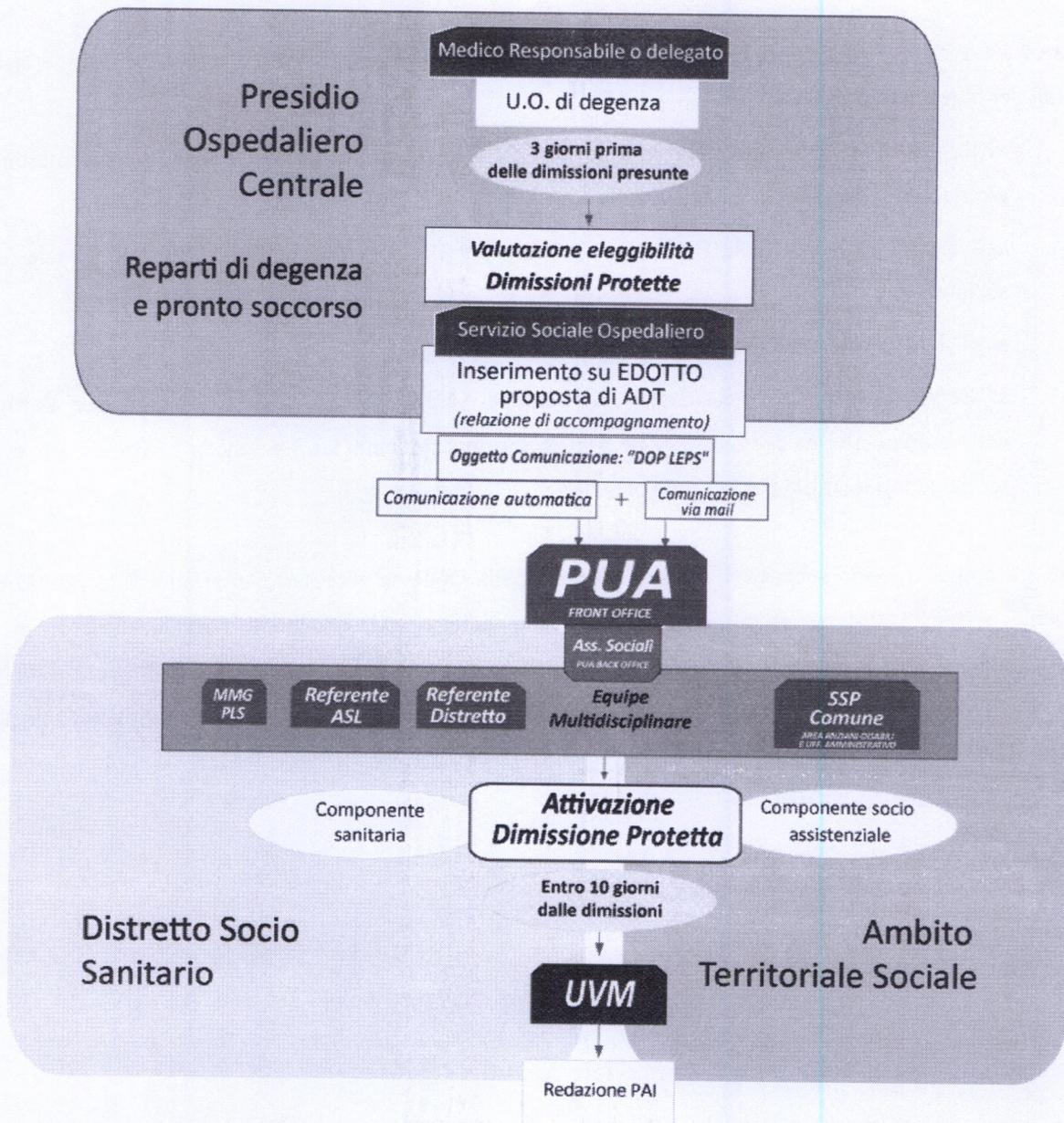
Il Servizio Sociale Ospedaliero provvederà successivamente a comunicare alla PUA del Distretto UNICO l'avvio della procedura di Dimissione protetta a mezzo mail con l'oggetto: "DOP LEPS".

Fase 2 - La PUA (*Front Office*) provvederà ad inoltrare la segnalazione, corredata dalla relazione, nei giorni feriali per la presa in carico

- al Referente ASL per la valutazione sanitaria, e successiva assegnazione di assistenza infermieristica e/o riabilitativa e/o medica;
- agli assistenti sociali della PUA (*Back Office*) per l'integrazione della valutazione sociale (SvaMA sociale);
- al MMG/PLS del Paziente;
- al Servizio Sociale Professionale del Comune, Area Disabili e Area Anziani per l'attivazione dell'equipe come da progetto PNRR M5C2 Sub-investimento 1.1.3 e scheda LEPS 2.7.3 e ai relativi servizi amministrativi per la rendicontazione.

Fase 3 – entro 10 giorni successivi alla segnalazione della DOP, se necessario, si effettuerà la valutazione del paziente in sede UVM per la conferma del percorso indicato (ADT) o per l'individuazione di un setting assistenziale ad esso alternativo: ADI, ADP, RSA, RSSA. In questa sede viene redatto il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) condiviso con il *caregiver* o, laddove fosse assente una rete familiare, dal paziente stesso.

Grafico 1 – Percorso della dimissione protetta



Art.4 Durata e tipologia degli interventi attivabili

Art.4.1 Durata

In base alla valutazione, il fabbisogno dell'assistenza domiciliare può essere ricompreso in una prestazione che va da un servizio non inferiore alle 6 ore giornaliere ad un servizio in continuità h 24, anche mediante l'ausilio del telesoccorso/teleassistenza.

Art.4.2. Tipologia degli interventi attivabili

- 4. Assistenza domiciliare:** Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno. Interventi specifici: cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, la cura e l'igiene ambientale, il disbrigo pratiche, la spesa e la preparazione dei pasti, l'aiuto nella vita di relazione, ecc ...;
- 5. Telesoccorso:** Installazione di un terminale sul telefono, o altro dispositivo *smart* che metta in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità e di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico;
- 6. Pasti a domicilio:** Servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione del beneficiario. Il fornitore provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti secondo le prescrizioni fornite dal MMG/medico specialista.

Art. 4.3 Accoglienza delle Persone Senza Dimora

Nelle more dell'attivazione della specifica progettualità PNRR M5C2I 1.3 per l'*Housing First*, qualora ci fossero PSD che abbiano subito ricoveri ospedalieri o interventi chirurgici, che abbiano bisogno di un periodo di cure domiciliari, si prevede l'accoglienza presso la Casa Alloggio per adulti in difficoltà (art.76 del Reg. Reg. n.4/2007 e ss.mm.ii.), nei limiti delle disponibilità di posti letto.

Art. 5 – Impegni e responsabilità delle parti

Giusto DPCM 12.01.2017, l'ASL "assicura continuità funzionale tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio". Pertanto, mediante il presente protocollo, si conviene che, oltre alle prestazioni già garantite quale LEA sanitario commi 4 e 5 del citato provvedimento, ai pazienti in dimissione



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

protetta siano assicurate le prestazioni sociali ad esse integrative e le prestazioni di assistenza “tutelare” temporanea a domicilio quali LEPS in ambito sociale, con spesa a carico del Comune per l'intervento del Servizio Sociale territoriale.

Gli **Ospedali del POC** si impegnano a intercettare le situazioni di vulnerabilità sociale, oltre che sanitaria, dei pazienti e a valutarne l'eleggibilità ai percorsi di presa in carico integrata di cui al presente protocollo, attraverso l'analisi del bisogno clinico funzionale e sociale su apposita modulistica da trasmettere al Distretto Sociosanitario Unico di Taranto per la formulazione del PAI.

Il Distretto si impegna, così come previsto dai LEPS e dai LEA, ad assicurare la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale al domicilio, attraverso gli interventi di sua competenza.

Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentono la presa in carico della persona e la definizione del “progetto di assistenza individuale” (PAI);

Il Comune di Taranto si impegna a garantire le prestazioni a carattere socioassistenziale non inferiori alle 6 ore giornaliere, così come stabilite in sede di attivazione dell'intervento ADT. Le prestazioni socioassistenziali domiciliari sono riconducibili prevalentemente a:

– **Prestazioni di tipo socioassistenziale:**

Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua. Costituiscono ambiti di intervento: la cura e igiene della persona, prestazioni igienico-sanitarie di semplice attuazione, cura e igiene degli ambienti di vita dell'utente, controllo dell'assunzione della terapia farmacologica se condotta autonomamente, lavaggio e stiratura biancheria, disbrigo pratiche, accompagnamento a visite mediche, l'approvvigionamento degli alimenti e dei generi di consumo indispensabili e l'eventuale preparazione dei pasti secondo le indicazioni del medico di riferimento, l'aiuto nella vita di relazione, ecc

Figure professionali di assistenza alla persona sono gli operatori Socioassistenziali (OSS e OSA) per l'alimentazione e l'igiene della persona, oltre ad eventuali figure ausiliarie per l'igiene degli ambienti, coordinate dall'assistente sociale.

Prestazioni di tipo sociosanitario

- supporto psicologico nei casi di alta vulnerabilità.

Telesoccorso: attraverso l'installazione di un terminale sul telefono fisso o mobile o altri dispositivi mobili smart come bracciali dotati di pulsante che metta in collegamento l'utente h24 con centrale operativa, in grado

sia di ricevere telefonate e attivare gli opportuni interventi con la rete di emergenza urgenza, sia di effettuare monitoraggio. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico;

Pasti a domicilio: Servizio di consegna pasti espletato direttamente presso l'abitazione dell'assistito. Il fornitore provvede direttamente al confezionamento e alla consegna a domicilio di pasti secondo le indicazioni nutrizionali del medico di riferimento.

Art.6 - Conclusione anticipata della dimissione protetta

La dimissione protetta è interrotta in caso di ricovero in strutture sanitarie e/o assistenziali.

Art. 7 - Durata, modifiche e integrazioni

Il presente Protocollo d'Intesa decorre dalla sua sottoscrizione e ha validità per tutta la durata della programmazione ed attuazione del Piano Sociale di Zona 2022-2024.

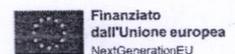
Il Protocollo può essere revisionato dai firmatari, previa verifica congiunta, in relazione all'andamento e ai risultati, nonché in funzione di eventuali Leggi, Regolamenti o Delibere (nazionali, regionali, comunali ed aziendali) che possono determinarsi nel periodo di decorrenza e durata, a modifica o integrazione della legislazione ad oggi in vigore in materia d'integrazione Ospedale-Territorio.

Art. 8 - Tavolo di coordinamento

Per il governo delle azioni previste dal presente Protocollo viene istituito il tavolo di Coordinamento, con funzioni di indirizzo, pianificazione, monitoraggio e verifica del percorso delle dimissioni protette. È costituito da:

- Il Referente dell'Ambito Territoriale di Taranto;
- Il Referente dei Servizi Sociali Professionali del Comune di Taranto;
- Il Referente ASL di Taranto – Distretto Socio-Sanitario Unico

Il Tavolo si riunisce ogni 6 mesi e ogni qualvolta risulti necessario, su convocazione delle parti. Il primo Tavolo si riunisce a 6 mesi dalla data di firma del presente protocollo.



Art.9 - Disposizioni finali

Per quanto non contemplato nel presente protocollo si fa riferimento alla normativa vigente in materia.

Art. 10 - Diffusione del protocollo

Le parti si impegnano a garantire la diffusione dei contenuti del presente Protocollo d'Intesa e dei suoi risultati, che saranno valutati nel tempo, presso la Direzione Generale della ASL TA, la Direzione dei Servizi Sociali di Taranto e l'intera collettività, anche attraverso segnalazione sui portali istituzionali.

Letto, confermato e sottoscritto

Taranto,

per il Comune di Taranto – Dirigente dei Servizi Sociali
(giusta delega del Sindaco sottoscritta digitalmente il 9.11.2022)

Dott.ssa Antonia Fornari

per l'ASL di Taranto – il Direttore del Distretto Socio-Sanitario Unico

Dott. Guido Cardella

Riferimenti normativi

- D.Lgs. n.502/1992 ss.mm.ii.;
- L.R. n.25 del 2006;
- D.M. n.70 del 2015 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”;
- D.M. 7 marzo 2005, n.82, recante: “Codice dell’amministrazione digitale” e ss.mm.ii.;
- D.Lgs.30 giugno 2003, n.196, recante “Codice in materia di protezione dei dati personali” e e ss.mm.ii.;
- REGOLAMENTO (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati);
- Accordo Stato – Regioni del 15 settembre 2016 (Rep. n. 160) “Piano Nazionale della Cronicità”;
- D.G.R. n. 1937 del 30 novembre 2016 “Interventi di riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali socio-sanitari e sanitari territoriali a titolarità pubblica”;
- D.P.C.M 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.
- D.G.R. n. 129 del 26/01/2018 recante “Programma Operativo 2016- 2018. Piano delle azioni avviate nel biennio 2016-2017 e delle misure da attuare nel 2018”;
- Regolamento Regionale 21 gennaio 2019, n.7 recante: “Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza” e ss.mm.ii.;
- Regolamento regionale 22 novembre 2019, n.23 recante: “Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017” e ss.mm.ii.;
- Patto per la Salute 2019-2021, approvato con l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 18 dicembre 2019;
- DGR n.333 del 10 marzo 2020 “Approvazione documento “La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia”;
- DGR n. 375 del 19 marzo 2020 “Modifiche al Regolamento regionale n.7/2019 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)”;
- il Decreto-Legge n. 34 del 19 maggio 2020 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19” convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77; cosiddetto ‘Decreto Rilancio’;
- il Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Governo e trasmesso il 30 aprile 2021 alla Commissione

PROTOCOLLO D'INTESA DIMISSIONI PROTETTE

Europea;

- DGR n.1179 del 14 luglio 2021 ad oggetto: "Recepimento Accordo Stato – Regioni n. 215/CSR del 17 dicembre 2020 ed approvazione del documento "Indicazioni Regione Puglia per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 951/2019 e n.2111/2020 - nomenclatore specialistica ambulatoriale";
- D.L. del 31 maggio 2021, n. 77, convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2021, n. 108, avente ad oggetto "Governance del Piano Nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure";
- Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178". Rep. Atti n. 151/ CSR del 4 agosto 2021;
- Decreto Direttoriale n.450 del 09/12/2021 PNRR - Adozione del Piano Operativo per la presentazione di proposte di adesione agli interventi di cui alla Missione 5 "Inclusione e coesione", Componente 2 – Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza;
- Decreto della Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale n. 5 del 15 febbraio 2022 – Avviso 1/2022 - PNRR;
- Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023;
- DGR n. 630 del 30/03/2015 e successivamente con DGR n.750 del 13/04/2015 ("Integrazione Del. G.R. n. 630 del 30 marzo 2015 con Allegato 2 "Linee Guida regionali per le Cure Domiciliari integrate") - Linee guida regionali per le Cure domiciliari integrate e lo schema di accordo di programma tra ASL e Comuni;
- Reg. Reg. n. 6 del 18/04/2011 "Regolamento di Organizzazione del Distretto Socio Sanitario";
- DGR n. 691 del 12/04/2011 "Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari" - Allegato D "Procedure per le dimissioni ospedaliere protette";
- Legge di Bilancio 2022 (Legge 234 del 30 dicembre 2021);
- Linee guida organizzative contenenti il "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare" Gazzetta Ufficiale con Decreto del 29 aprile 2022.