



Delibera della Giunta Regionale n. 41 del 14/02/2011

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 3 Interventi a favore di fasce socio-sanitarie particolarmente 'deboli'

Oggetto dell'Atto:

APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO RECANTE LINEE DI INDIRIZZO, PROFILI E STANDARD IN MATERIA DI SERVIZI DOMICILIARI: "IL SISTEMA DEI SERVIZI DOMICILIARI IN CAMPANIA" CON ALLEGATO

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO

a. il Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013(QSN), approvato con delibera CIPE n.174 del 22/12/2006 ed adottato con decisione della Commissione Europea n.C(2007) 3329 del 13/7/2007, definisce per le regioni del mezzogiorno quattro obiettivi di servizio, quali obiettivi strategici per il miglioramento ed innalzamento della qualità della vita dei cittadini, indicando altresì il target vincolante e gli indicatori per misurare il raggiungimento dei singoli obiettivi definiti;

b. tra i quattro obiettivi previsti dal Q.S.N. figura l' Obiettivo di Servizio n.2, "aumentare i servizi di cura alla persona per alleggerire i carichi familiari e innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro" per la cui misurazione sono declinati 3 indicatori, tra i quali è definito l' indicatore S 06 "incrementare il numero di anziani in assistenza domiciliare integrata" ;

c. la delibera CIPE n. 82 del 3 agosto 2007 "Quadro strategico Nazionale 2007-2013. Definizione delle procedure e delle modalità di attuazione del meccanismo premiale collegato agli obiettivi di servizio", fissa il meccanismo di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi a cui partecipano le regioni del mezzogiorno "Obiettivo Convergenza";

d. la L.R. 11 n11 del 23.10. 2007 "Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale", attuativa della Legge Quadro n.328/2000 norma i principi generali per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali e sociosanitari, e in tale ambito normativo si delinea la prospettiva di realizzazione dell' Obiettivo di Servizio 2 fissato dal Q.S.N. e del relativo indicatore S 06 "incrementare il numero di anziani in assistenza domiciliare integrata" ;

e. il decreto commissariale n.49/2010 "riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro", con il quale sono definite le aree prioritarie di intervento per la riorganizzazione della rete territoriale con particolare riguardo al sistema delle cure domiciliari.

CONSIDERATO che

a. la Regione Campania con DGR 210 del 6.2.2009 "Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013" ha approvato il Piano di Azione per l'Obiettivo 2 e il piano delle attività per il relativo indicatore: SO6 "INCREMENTARE IL NUMERO DI ANZIANI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA" elaborato congiuntamente dai Settori Assistenza Sociale e Fasce Deboli su indicazioni dell'Amministrazione e del Dipartimento dello Sviluppo Economico ;

b. la L.R. 11/2007 al Titolo V norma l'integrazione sociosanitaria tra i Comuni associati in Ambiti Territoriali e le ASL quale strategia in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, indica la necessità per Comuni , ASL e Distretti Sanitari di raccordare i rispettivi atti programmatori e di regolamentare congiuntamente le funzioni di accesso , di valutazione integrata degli utenti e di erogazione dei servizi sociosanitari;

c. Il Piano Sociale Regionale , attuativo della L.R. 11/2007, approvato con DGR n. 694 del 16.4.09 recepisce il Piano di Azione per l' Obiettivo 2 ed assume l'Assistenza Domiciliare Integrata quale obiettivo strategico della programmazione regionale al fine di imprimere un reale processo d'innovazione e di riforma dei sistemi sociale e sanitario;

d. il citato Piano delle attività di cui alla DGR 210/09 per l'incremento del numero di anziani in Assistenza Domiciliare Integrata è declinato nelle seguenti azioni:

- 1) Qualificare il sistema di offerta dei servizi di ADI
- 2) Incrementare l'offerta di ADI
- 3) Riorganizzare il sistema di offerta dei servizi sociosanitari
- 4) Accrescere le competenze degli addetti ai lavori

- 5) Disporre di un sistema informativo socio-sanitario regionale
6. Governare il processo di attuazione del Piano
- d. 1** e per l'azione 6 prevede la Definizione ed adozione di un sistema di classificazione delle cure domiciliari e redazione di linee guida specifiche

RILEVATO

a. che al fine di governare il Piano di Azione è necessario definire prioritariamente indicazioni di programmazione per gli attori territoriali ovvero : i Comuni Associati in Ambiti Territoriali e le ASL competenti, dotando la Regione Campania di un sistema di classificazione delle cure domiciliari sanitarie e di Linee guida per l'integrazione delle cure domiciliari erogate dalle ASL con gli interventi tutelari socioassistenziali erogati dai Comuni .

PRESO ATTO

- a.** del lavoro svolto congiuntamente dai Settori Assistenza Sociale e Fasce Deboli, attraverso la costituzione di un tavolo tecnico per la programmazione partecipata con i rappresentanti dei Comuni e dei Distretti Sanitari e con la collaborazione degli esperti Formez , e che tale lavoro ha prodotto un documento di indirizzi regionali in materia di cure domiciliari e assistenza domiciliare integrata ;
- b.** che il documento elaborato dal tavolo tecnico include, indicazioni operative per la declinazione dei Regolamenti Sociosanitari di Accesso, Valutazione ed Erogazione dei Servizi Sociosanitari, che ai sensi della L.R. 11/07, art.41, devono essere congiuntamente approvati dai Comuni e dalle ASL e costituiscono allegato al Piano di Zona;

RITENUTO

di dover adottare il documento di indirizzi regionali elaborato dai Settori competenti e denominato "Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania" che in allegato alla presente ne costituisce parte essenziale;

- 1.** di dover stabilire che è fatto obbligo ai Direttori generali di recepire ed adottare il documento allegato alla presente delibera con proprio atto, predisponendo tutte le azioni necessarie a renderlo operativo, in armonia con le indicazioni emanate in materia di organizzazione delle attività territoriali e del decreto n.49/2010 di dover stabilire che tali indirizzi regionali siano recepiti negli atti programmatori territoriali da parte dei Comuni e delle ASL sia attraverso la definizione di protocolli d'intesa per per l'attivazione dell'A.D.I., sia attraverso la definizione dei Regolamenti sociosanitari ex art.41 L.R.11/07.
- 2.** che ciascuna azienda il 30 giugno di ogni anno dovrà relazionare in merito all'attuazione delle linee guida predisponendo una relazione valutativa dalla quale emergano le azioni programmate e realizzate in materia di implementazione del sistema di cure domiciliari e gli obiettivi qualitativi raggiunti
- 3.** di rinviare ad atti successivi la definizione del sistema di tariffa per le cure domiciliari in base ai profili di cura

VISTI

- a.** il DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- b.** il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria";
- c.** la D.G.R.C. 460/2007 Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004;
- d.** la D.G.R.C. 1811/2007 :Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali – Adempimento ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007, che sarà integrata e modificata a seguito del lavoro di revisione ed integrazione relativo alla scheda di valutazione multidimensionale, che i settori competenti stanno ultimando;
- e.** la D.G.R.C. 2310/2007: Azioni di supporto tecnico alle AA.SS.LL. in materia di riqualificazione del sistema di erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro approvato con D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007;

- f. la L.R. 11/2007: Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale;
- g. D.G.R.C. 210/2009 Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007 - 2013.
- h. la D.G.R. 694 del 16 4 09 "Piano Sociale Regionale"
- i. il D.P.G.R. n.16 del 23.11.2009 "Regolamento di Attuazione della L.R.11/2007"
- l. Il Patto per la salute 2010-2012 approvato dall'Intesa stato-regioni del 3 dicembre 2009;
- m. il decreto commissariale n.49/2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro";
- n. la circolare del subcommissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario n. 3794/c del 9.11.2010 "Direttiva per il potenziamento delle attività territoriali in particolare il sistema delle cure domiciliari";
- o. il Piano sanitario 2010-2012 .

VISTO, altresì il decreto del presidente della Giunta Regionale n.109 del 21.05.2010 di ripartizione delle funzioni tra i componenti della Giunta Regionale con il quale è stata riservata al Presidente quella relativa alla materia della sanità,

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente:

1. Di approvare il documento all'allegato A denominato "Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania" che costituisce parte essenziale della presente deliberazione
2. Di stabilire che è fatto obbligo ai Direttori Generali di recepire ed adottare il documento allegato alla presente delibera con proprio atto, predisponendo tutte le azioni necessarie a renderlo operativo, in armonia con le indicazioni emanate in materia di organizzazione delle attività territoriali con decreto commissariale n. 49/2010.
3. Di stabilire che gli indirizzi regionali contenuti nel documento Allegato A siano recepiti negli atti programmatici territoriali da parte dei Comuni e delle ASL sia attraverso la definizione di protocolli d'intesa per per l'attivazione dell'A.D.I., sia attraverso la definizione dei Regolamenti sociosanitari ex art.41 L.R.11/07.
4. Di stabilire che ciascuna Azienda ed Ambito Territoriale il 30 giugno di ogni anno dovranno relazionare in merito all'attuazione delle linee guida predisponendo una *Relazione valutativa* dalla quale emergano le azioni programmate e realizzate in materia di implementazione del sistema di cure domiciliari e gli obiettivi quali-quantitativi raggiunti .
5. Di rinviare ad atti successivi la definizione del sistema di tariffa per le cure domiciliari in base ai profili di cura.
6. Di affidare ai Settori Assistenza Sociale e Fasce Deboli la divulgazione del presente documento presso i Comuni associati in Ambiti Territoriali , le ASL e i Distretti Sanitari per l'adeguamento degli atti programmatici ai sensi della L.R. 11/2007, art.41 e per l'attuazione degli interventi specifici al raggiungimento dell'Obiettivo di Servizio 2 - Indicatore S06 sull'Assistenza Domiciliare Integrata.
7. Di rinviare il presente provvedimento ai Settori competenti ed al BURC per la pubblicazione.

IL SISTEMA DEI SERVIZI DOMICILIARI IN CAMPANIA

LINEE GUIDA REGIONALI

INDICE

INTRODUZIONE

1 - IL SISTEMA REGIONALE DEI SERVIZI DOMICILIARI INTEGRATI

- 1.1 La nuova caratterizzazione delle Cure Domiciliari in ambito sanitario
- 1.2 Nuova caratterizzazione dell'Assistenza Domiciliare in ambito sociale
- 1.3 L'integrazione tra sociale e sanitario e la definizione degli standard assistenziali

2- IL SISTEMA DI ACCESSO E DI PRESA IN CARICO

- 2.1 Segnalazione/richiesta di accesso attraverso la PUA
- 2.2 La proposta di ammissione alle cure domiciliare integrate,
- 2.3 valutazione multi-dimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager
- 2.4 La redazione del Progetto Personalizzato: il Piano Esecutivo
- 2.5 La gestione del progetto assistenziale
- 2.6 La dimissione

3 - LA QUALITÀ DEL SERVIZIO E I SISTEMI INFORMATIVI

- 3.1 Standard e indicatori per verificare gli esiti dei progetti personalizzati e flussi informativi integrati
- 3.2 La formazione e l'aggiornamento del personale

CONCLUSIONI

ALLEGATI

- 1. *Glossario socio - sanitario per le cure domiciliari*
- 2. *Prestazioni sanitarie - tabelle riepilogative*
- 3. *Prestazioni sociali - tabelle riepilogative*
- 4. *Prototipo Scheda di Accesso*
- 5. *Riepilogo dei riferimenti normativi nazionali e regionali*

INTRODUZIONE

L'esigenza di un documento congiunto tra Sociale e Sanitario che fornisse indirizzi per l'erogazione dei servizi domiciliari, nasce dall'analisi delle consistenti difficoltà che hanno condizionato la corretta programmazione dei servizi domiciliari integrati nel precedente decennio di attuazione della L.328.

In questo processo, accanto alle criticità di natura economica, organizzativa, operativa, si sono aggiunte spesso anche quelle di tipo linguistico-lessicale: spesso infatti, operatori appartenenti alle diverse organizzazioni attribuivano significati diversi al medesimo termine di uso comune. Ciò ha contribuito a rendere faticosa la comunicazione, al punto che si registra, anche fra enti che appartengono allo stesso sistema organizzativo, slittamenti di significati. Lo stesso servizio di tipo domiciliare veniva chiamato in maniera diversa nei documenti e negli atti ufficiali: per anni, nei servizi sociali, si sono usati indifferentemente i termini SAD e ADA per designare l'assistenza domiciliare fornita dai servizi sociali comunali. Altra questione è l'utilizzo del termine ADI per il quale ancora oggi sussistono una serie di equivoci anche all'interno del mondo sanitario dove è stato utilizzato per la prima volta per fare riferimento all'assistenza domiciliare che integra diverse professionalità e competenze di tipo medico-sanitario (od anche sociale), senza fare riferimento a modalità di gestione integrata e di presa in carico congiunta dei diversi sistemi istituzionali.

Nella Regione Campania, con la L.R. 11/07, si è giunti ad una definizione dei termini socio-sanitari essenziali, sia sul piano tecnico-amministrativo, sia sul piano tecnico-scientifico, come Porta Unitaria di Accesso, Unità di Valutazione Integrata, Progetto Personalizzato, etc. Il Piano Sociale Regionale assume l'Assistenza Domiciliare Integrata come obiettivo strategico della programmazione regionale al fine di imprimere un reale processo di innovazione e di riforma dei sistemi sociale e sanitario in direzione della qualità, del governo della complessità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure. Pertanto la Regione intende investire prioritariamente nella rete dei servizi domiciliari favorendo la de-istituzionalizzazione, la de-ospedalizzazione, e la permanenza in famiglia delle persone in condizioni di non autosufficienza ed in particolare delle persone con più di sessantacinque anni di età, in vista del raggiungimento dei più elevati livelli di benessere della popolazione per affrontare con una logica preventiva i rischi che le trasformazioni socio-demografiche, economiche ed ambientali evidenziano.

Tale scelta è stata effettuata in coerenza con il quadro Strategico Nazionale 2007-2013 che definisce per le Regioni del Mezzogiorno Quattro Obiettivi di Servizio tra cui quello di aumentare i servizi di cura alla persona per alleggerire i carichi familiari e, in tal modo, innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro. L'OMS definisce l'assistenza domiciliare come *“la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione”*.

Nella realtà operativa regionale, non esistono ancora di fatto, servizi socio-sanitari integrati ma sistemi di erogazione distinti che devono coordinarsi, e pertanto ciascun territorio ha finora recepito le indicazioni regionali scegliendo le modalità operative ad esso più congeniali. Tuttavia si deve comunque registrare che in alcuni casi sono state introdotte sul territorio sperimentazioni interessanti.

Le presenti Linee Guida rispondono quindi alla necessità di chiarire le modalità organizzative e gestionali dell'erogazione dei servizi domiciliari; esse nascono nell'ambito delle attività definite dal Strategico Nazionale 2007-2013 che attribuisce alle Regioni del Mezzogiorno obiettivi di miglioramento della qualità della vita e dei servizi ai cittadini; sono state formulate per dare ordine e orientare tra le diverse definizioni fornite nel corso degli anni sia dal livello ministeriale sia dal livello regionale, oltre che per fornire indicazioni

utili agli operatori del settore sanitario e sociale ai fini della realizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata: il termine "integrata" va qui inteso sia in relazione alle modalità di accesso al servizio, valutazione del bisogno, definizione del progetto individualizzato e valutazione degli esiti, sia in relazione agli aspetti metodologico-operativi per la gestione coordinata del servizio.

Il documento è il frutto di uno sforzo concertativo che ha impegnato il Settore Fasce Deboli dell'Assessorato alla Sanità e il Settore Politiche Sociali della Regione Campania e che ha visto la partecipazione di referenti di alcuni Distretti Sanitari e Uffici di Piano territoriali, impegnati in un laboratorio coordinato dal Formez nell'ambito del Progetto *"Azioni di sistema e assistenza tecnica per il conseguimento dei target relativi ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata per la popolazione anziana"*¹.

¹ Progetto attivato dal Ministero della Salute, dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dal Dipartimento per le Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri

1 - IL SISTEMA REGIONALE DEI SERVIZI DOMICILIARI

Ai fini di una organica trattazione e definizione dei servizi di assistenza domiciliare in Campania i principali riferimenti normativi sono i seguenti:

- il documento prodotto a fine 2006 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita presso il Ministero della salute, avente per oggetto *“Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”*; *i progetti regionali sulle cure primarie e cure domiciliari approvati in sede di conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della salute*²
- il Regolamento di attuazione della L.R. 11/ 2007 (DPGR n.16 del 23.11.09) e il Nomenclatore dei Servizi allegato al Decreto Dirigenziale 871/09 *“Approvazione Indicazioni operative per la presentazione dei Piani di Zona triennali in applicazione del I Piano Sociale Regionale”*.³

1.1 Nuova caratterizzazione delle Cure Domiciliari in ambito sanitario

La nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare (documento del Ministero della Salute 2006) riorganizza e ridefinisce le cure domiciliari, distinguendo, come di seguito descritto in dettaglio, gli interventi basati su prestazioni, che non necessitano di integrazione e valutazioni multidimensionali, dalle Cure Domiciliari Integrate, definite come una modalità di assistenza integrata - sanitaria e sociale - erogata al domicilio dell’Assistito, in modo continuo ed integrato, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari Integrate sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l’ingresso in residenza
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della “dimissione protetta”
- supportare i “caregiver” e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell’autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

La “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” articola le cure domiciliari in tre tipi:

² Tali progetti sono relativi al perseguimento di obiettivi di carattere prioritario indicati dai Piani sanitari Nazionali vigenti. Cfr le delibere di approvazione di progetti regionali di implementazione e miglioramento delle cure domiciliari: DGRC 1613/2008; 858/2009; 995/2009; 1091/2009: de

³ Cfr. normativa regionale in allegato, in particolare la L.R. 11/2007, Titolo V); il Piano Sociale Regionale capitolo 2.4.4 “L’integrazione tra sociale e sanitario”, cap. 2.6.1, Prog.Obiettivo A.D.I.”; Regolamento sull’Accreditamento n. 16 del 23.11.09 – All. B (prestazioni ADI);

1. Cure Domiciliari di tipo Prestazionale
2. Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello
3. Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Domiciliari palliative per malati terminali⁴

1. Le Cure Domiciliari di tipo Prestazionale sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, per la presa in carico del paziente non richiede né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate, il MMG deve richiedere l'attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI, definita al paragrafo 2.3 del presente documento).

2. Le Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello comprendono quelle già definite in precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello), Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo centrale del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura sanitaria. La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni, medico infermieristiche, riabilitative mediche, medico specialistiche e socio-assistenziali: tali prestazioni sono integrate tra loro in un *mix* all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale (si veda il capitolo seguente).

3. Le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative per malati terminali che assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione Domiciliare - Cure Palliative) sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze. Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale enterale e parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;

⁴Le cure domiciliari palliative per malati terminali sono qui ricomprese con le cure domiciliari di terzo livello secondo la trattazione proposta dal richiamato documento del Comitato Lea “Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”; si precisa, però, che le cure domiciliari palliative di fatto non sono sovrapponibili alle cure domiciliari di terzo livello né si possono riassorbire in unico profilo assistenziale -come si evidenzia dalla tabella 1 di seguito riportata- poiché per la loro erogazione necessitano di un'équipe dedicata, hanno standard e profili assistenziali diversi dalle cure di terzo livello. Per la trattazione di questa tipologia di assistenza si rinvia al documento “Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali”

- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche

Per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe dedicata di cui fa parte il medico di medicina generale.

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare. Tali cure sono richieste dal medico responsabile delle cure del paziente.

Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e, per le cure palliative, è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall'équipe di cura e comunque da medici specificatamente formati.

La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico-specialistiche (si vedano gli allegati).

Gli ospedali che attualmente erogano interventi di ospedalizzazione domiciliare devono necessariamente raccordarsi con il distretto territoriale competente, attraverso specifici protocolli che adeguino le procedure ai nuovi indirizzi nazionali e regionali.

1.2 Nuova caratterizzazione dell'Assistenza Domiciliare in ambito sociale

Alla nuova caratterizzazione dei Servizi Domiciliari come "Cure Domiciliari" in ambito sanitario (di cui negli allegati si fornisce il dettaglio delle prestazioni) va affiancata la nuova regolamentazione regionale in materia di servizi di tipo domiciliare erogati dai Servizi Sociali: si fa riferimento in particolare al "Regolamento sull'Accreditamento di attuazione della L.R. 11/ 2007 (DPGR n.16 del 23.11.09) ed al Nomenclatore dei servizi sociali allegato al Decreto Dirigenziale 871/09 *"Approvazione Indicazioni operative per la presentazione dei Piani di Zona triennali in applicazione del I Piano Sociale Regionale"*. In relazione alla tipologia "servizi di tipo domiciliare" tali documenti, in continuità con i precedenti atti programmatori, definiscono in maniera puntuale le tipologie di servizi domiciliari e le prestazioni e le figure professionali connesse (vedi Allegato 3), oltre ad altri servizi quali telesoccorso, telefonia sociale, trasporto, contributi indiretti, tutoraggio educativo, etc, che contribuiscono a costruire un pacchetto di interventi, sulla base di una valutazione del bisogno sociale, per la realizzazione di un progetto personalizzato mirato a sostenere la persona non autosufficiente nel suo conteso di vita ed a sollevare il carico di cura delle famiglie.

Nei documenti citati l'ADI è definita come un servizio che "consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento".

1.3 L'integrazione tra sociale e sanitario e la definizione degli standard assistenziali

La definizione di Assistenza Domiciliare Integrata fornita alla fine del paragrafo precedente, desunta dal nomenclatore dei Servizi Sociali, trova corrispondenza, nell'ambito della nuova caratterizzazione sanitaria delle cure domiciliari, nelle Cure domiciliari integrate di primo e secondo livello: al di là della diversa terminologia, è dunque possibile rintracciare nei diversi documenti una corrispondenza relativa ai contenuti. Pertanto nelle pagine seguenti, quando si parlerà di servizi domiciliari integrati socio-sanitari si useranno gli acronimi ADI/CDI (Assistenza Domiciliare Integrata/Cure Domiciliari Integrate).

Va sottolineato che il termine "integrata" va qui inteso in due accezioni, non alternative ma connesse: ci si riferisce sia al coinvolgimento di più figure professionali dello stesso sistema, sia all'intervento congiunto dei servizi sanitari e dei servizi sociali. La complessità assistenziale richiede infatti una forte integrazione professionale tra le diverse componenti sanitarie e tra queste ultime e le componenti sociali, nonché tra le stesse componenti sociali che, soprattutto in seguito alla riforma dell'assistenza, L. 328/00, hanno assunto una sempre maggiore differenziazione e qualificazione.

L'assistenza sanitaria per gli utenti ospiti presso le "Comunità tutelari per non autosufficienti" sarà garantita dal distretto dove insiste la struttura.

Va ricordato che è possibile prevedere percorsi integrati socio-sanitari - con attivazione dell'UVI - anche per le cure domiciliari integrate di terzo livello o per le cure palliative, nei casi in cui ciò risulti necessario e nelle modalità previste nei regolamenti che ambiti territoriali e distretti sono tenuti ad approvare.

In linea generale le prestazioni di tipo socio-assistenziale integrabili con i percorsi di cure domiciliari, per una concreta realizzazione dell'ADI/CDI sono:

- Prestazioni professionali di carattere sociale, psicologico, educativo;
- Visite programmate dell'assistente sociale;
- Affidamenti familiari di minori, anziani, portatori di handicap, malati, per periodi da definire in base alle esigenze del nucleo familiare. Gli affidamenti sono supportati da una serie di interventi in ambito domiciliare o extra domiciliare;
- Assistenza tutelare per lo svolgimento delle funzioni essenziali della vita quotidiana e aiuto infermieristico
- Attività di cura della casa, preparazione pasti, piccole commissioni;
- Attività di supporto educativo e sostegno scolastico per minori;
- Attività di segretariato sociale per disbrigo pratiche amministrative;
- Fornitura di strumenti o tecnologie per favorire l'autonomia e di sussidi didattici specialistici;
- Accompagnamento dal domicilio ai servizi sociali, sanitari, formativi;
- Organizzazione dei servizi di trasporto verso servizi, scuola, luoghi di lavoro;
- Fornitura pasti a domicilio;
- Attività di supporto al referente familiare anche attraverso servizi di sollievo quali accoglienza per periodi determinati presso strutture residenziali e semiresidenziali.
- Contributi economici in forma diretta o indiretta;
- Telesoccorso e Teleassistenza

Queste prestazioni, di esclusiva titolarità sociale, arricchiscono e sostengono il percorso delle “cure domiciliari” permettendo alle UVI di costruire un progetto personalizzato integrato e finalizzato alla inclusione sociale ed al miglioramento della qualità della vita.

Per le prestazioni tutelari e di aiuto infermieristico, ex DPCM LEA, la titolarità del procedimento amministrativo di gestione può essere dei Comuni dell'Ambito Territoriale, dell'A.S.L., oppure mista Comuni/A.S.L. secondo gli accordi sottoscritti in sede di definizione congiunta del Piano Sociale di Zona e dei P.A.T.ex L.R. 11/07. Il titolare della prestazione può gestirla attraverso le forme previste dalla normativa vigente (gestione diretta, in economia o in affidamento a terzi; accreditamento; concessione, ecc.). In caso di titolarità mista, la gestione può essere esternalizzata, mediante appalto unico, oppure diretta mediante l'integrazione delle figure professionali.

Negli allegati alle presenti linee guida sono riportate le specifiche prestazioni (di tipo sanitario e sociale) che, combinate tra loro nel mix previsto dal Progetto Personalizzato, frutto della valutazione multidimensionale a cura dell'UVI, costituiscono il nucleo operativo dell'Assistenza Domiciliare Integrata/Cure Domiciliari Integrate (CDI/ADI)

PROFILI DI CURA E STANDARDS QUALIFICANTI

Nella seguente tabella- desunta dal documento della Commissione LEA del Ministero della Salute- sono stati definiti i profili e gli standard di cura domiciliari sanitari e sociosanitaria. Essi sono riferiti all'intensità ed alla complessità delle cure da erogare, relativamente al grado di intensità assistenziale sanitario. Inoltre al fine di qualificare le cure domiciliari sono state inserite le figure professionali non solo al fine di individuare gli standard qualificanti dei diversi profili assistenziali ma anche il mix assistenziale.

Tab. 1 – Profili di cura e standards qualificanti delle cure domiciliari

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA= GEA/GDC*	ATTIVAZIONE UVI	Durata media	Complessità	
					Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)
CD prestazioni (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico funzionale		No		Infermiere (min.15-max30') Professionisti della riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di primo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	Si	180 giorni	Infermiere (max: 30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di secondo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	Si	180 giorni	Infermiere (min.30-max.45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD integrate di terzo livello (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	In relazione al bisogno espreso	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA= GEA/GDC*	ATTIVAZIONE UVI	Durata media	Complessità	
					Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)
					Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure palliative malati terminali⁵ (già OD CP)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,60	In relazione al bisogno espresso	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica 24 ore

* CIA= coefficiente intensità assistenziale; GEA= giornata effettiva assistenza; GDC= giornate di cura (durata PAI).

** Figure professionali previste in funzione del PAI; se non specificato in tabella i minuti indicati si ritengono quale tempo medio per accesso domiciliare.

*** Per "operatività del servizio ci si riferisce ovviamente ai giorni di apertura, non al monte ore giornaliero erogate

Si precisa che, in rapporto ai costi orari delle prestazioni, occorre in ogni caso far riferimento alle tabelle già esistenti sui costi delle prestazioni delle professioni sociali, dei MMG, e delle altre figure professionali. I costi devono corrispondere a quanto previsto dalla normativa nazionale e/o regionale sul lavoro.

La precedente tabella va integrata con la tabella delle prestazioni sociali - presente in allegato - che per varietà e complessità risultano meno classificabili e tipizzabili e meno definibili in termini di durata e intensità. L'intensità assistenziale sociale -che può connotarsi in un insieme complesso e articolato di servizi e prestazioni tra loro integrati e a loro volta coordinati con le prestazioni sanitarie-va definita in sede di UVI e di definizione di progetto personalizzato e piano esecutivo⁶.

Più che una classificazione di standard prestazionali sociali, si rende necessario per il versante degli interventi domiciliari sociali, definire il livello di bisogno sociale che aiuti a costruire le priorità di accesso e il necessario mix di servizi e prestazioni finalizzati alla riduzione della complessità della condizione di disagio per promuovere l'autonomia e la capacità socio-relazionale dell'utente.

Per quanto riguarda invece uno standard essenziale di offerta sociale, ristretto alle sole prestazioni di assistenza tutelare ed aiuto infermieristico, si propongono alcune linee orientative. L'articolazione della programmazione, ovviamente consente, per la peculiarità delle stesse prestazioni, mirate principalmente ad alleviare il carico di cura delle famiglie, di concentrarle su uno o più giorni rispetto ai 5 o 6 previsti dal 1° o dal 2° livello, compatibilmente con le specifiche esigenze, concordate con l'utente e la sua famiglia.

Per quanto riguarda la fascia oraria di operatività del servizio, è auspicabile un ampliamento della stessa a tutto il *range* dell'orario di lavoro diurno, in linea generale, dal lunedì al venerdì, dalle ore 06 alle ore 22.

Per la durata di ciascuna prestazione, fermo restando la flessibilità delle stesse in base alle esigenze del caso, si può definire uno standard minimo di ore settimanali pari a: 15 ore per disabilità grave, certificata ai

⁵ Le figure professionali e le relative funzioni per questa tipologia di Cure Domiciliari sono disciplinate da normativa specifica, nazionale e regionale, pertanto la tabella può essere integrata

⁶ Nel caso in cui il paziente in carico socio-sanitario recuperi condizioni di autonomia e capacità di relazione, ad una riduzione dell'intensità della cura sanitaria può corrispondere un aumento del bisogno sociale e di conseguenza dell'intensità assistenziale sociale, pertanto occorre tener conto di questi mutamenti in sede di rivalutazione effettuata dall'UVI e per la ridefinizione del progetto personalizzato e piano esecutivo

sensi della L. 104/92; ed 8 ore per gli altri casi. Giorni, orari e numero di ore settimanali diversi possono essere definiti dalle UVI, in relazione al livello di bisogno assistenziale sociale.

I SOGGETTI E I RUOLI

Il sistema ADI/CDI, finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali, presuppone un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema, che consenta di considerare l'unicità della persona in tutte le sue dimensioni, superando l'approccio settoriale e specialistico ed integrando competenze e servizi diversi.

I principali attori del sistema territoriale di assistenza domiciliare sono rappresentati da:

Area sanitaria

- Unità Operative Distrettuali
- Medici di Medicina Generale/ Pediatri di Libera Scelta
- Servizi di medicina specialistica
- Altri servizi Sanitari territoriali e ospedalieri

Area sociale

- Servizi Sociali Professionali dell'Ambito Territoriale
- Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale
- Altri servizi sociali dell'Ambito Territoriale
- Enti gestori dei servizi sociali
- Rete familiare e parentale
- Volontariato

2 – IL SISTEMA DI ACCESSO E DI PRESA IN CARICO

Il servizio di assistenza domiciliare integrata si realizza attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati dell'Ambito Territoriale, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico. In questo capitolo si delineeranno le procedure operative per l'attuazione del percorso complessivo ⁷.

Le funzioni integrate per l'accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:

- La Richiesta presentata ad uno degli attori della P.U.A., con modulistica specifica e adottata con Regolamento congiunto da ASL e Ambito Territoriale (come previsto anche dalla L.R. 11/07 all'art. 41)
- La proposta di ammissione all'ADI/CDI formulata sulla base di requisiti essenziali dei Servizi Sociali e/o dell'Unità Operativa Distrettuale, in raccordo con il MMG
- La valutazione multidimensionale a cura delle UVI (Unità di Valutazione Integrata)
- La redazione del Progetto Personalizzato e l'individuazione del Case Manager in sede UVI, con definizione del Piano Esecutivo attuato dall'Equipe Operativa
- La dimissione

La Legge Regionale 11/07, art. 41, prevede che l'accesso unitario concertato tra A.S.L. e Comuni degli Ambiti Territoriali nell'ambito della programmazione socio-sanitaria congiunta, sia oggetto di uno specifico regolamento allegato al Piano di Zona, che disciplini le funzioni della PUA e delle UVI, prevedendo una organizzazione funzionale di raccordo tra Unità Operative Distrettuali e Servizi Sociali dell'Ambito territoriale.

2.1 Richiesta di accesso/segnalazione attraverso la Porta Unitaria di Accesso- PUA

La Porta Unitaria di Accesso, come definito dalla Legge Regionale, "va intesa come funzione esercitata sia dal segretariato sociale per i comuni, sia dai distretti sanitari per le ASL, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti".

La P.U.A. rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata (di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale).

Il Regolamento congiunto Ambito Territoriale/ASL deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qual volta una richiesta di accesso da parte del cittadino interessato o una segnalazione da parte di terzi pervenga ad uno dei seguenti punti della rete formale:

- Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta
- Unità Operativa Distrettuale
- Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale (che opera in stretto raccordo funzionale con i Servizi Sociali Professionali)

⁷ Le presenti indicazioni tengono conto degli indirizzi già presenti nei documenti normativi regionali e negli atti deliberativi degli ultimi anni, sia in termini di descrizione del processo, sia in termini di strumenti già testati (si veda per questo il riepilogo degli atti normativi in allegato). In particolare si vedano anche: D.G.R.C. 2006/2004 "Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della L.R. 22 aprile 2003 n°8", in cui, nella Parte I si fornivano "Linee di indirizzo generali per l'accesso, la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del progetto socio-sanitario personalizzato e la presa in carico"; D.G.R.C. n. 1317 del 31 luglio 2009 - *Organizzazione dei Servizi di Segretariato sociale e Porta Unica di Accesso*

A tal fine occorre definire, in particolare, l'utilizzo di strumenti unici e la messa in rete telefonica e informatica fra i diversi punti di accesso.

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi - sanitari o sociali - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

Ad un **bisogno semplice** corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale; ad un **bisogno complesso**, invece l'erogazione di prestazioni integrate sociali e sanitarie per il quale è necessaria la definizione di un progetto personalizzato in sede di Unità di Valutazione Integrata che preveda il coinvolgimento di molteplici professionalità

La richiesta di accesso o segnalazione alla PUA può essere attivata:

- dal singolo cittadino interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato)
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO ospedaliere, UO distrettuali etc; strutture residenziali)
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale.

La richiesta deve essere effettuata attraverso una specifica modulistica elaborata ad hoc (in allegato è presente uno schema/tipo), prevista dal Regolamento di Accesso, e deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.)
- Indicazione di chi ha effettuato la segnalazione (cittadino, familiare ecc.)
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi)
- Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso

In tutti i casi in cui la segnalazione/richiesta non è stata effettuata dal diretto interessato, occorre prevedere di acquisire la liberatoria affinché PUA e UVI possano operare il processo d'integrazione socio-sanitaria. È opportuno in tal senso che la modulistica unica adottata per la domanda di accesso preveda un campo in cui il cittadino o il suo tutore giuridico esprima il consenso informato al trattamento dei dati da parte dei diversi soggetti della rete di servizi sociali e sanitari, nel rispetto della normativa sulla privacy e della L.241/90 in merito alla responsabilità del procedimento.

2.2 La proposta di ammissione alle cure domiciliare integrate,

In seguito alla valutazione di primo livello, nel caso di risposta complessa, viene formulata la Proposta di Ammissione all'ADI/CDI. Per l'Ambito Territoriale, il Segretariato Sociale invia la richiesta di accesso di cui al precedente paragrafo ai Servizi Sociali competenti per Comune di residenza.

La Proposta di Ammissione è formulata dall'UO distrettuale competente o dal Servizio Sociale Professionale in raccordo con il MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato. La Proposta di Ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) e al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'UVI, come disciplinato dall'apposito regolamento.

Si sottolinea che lo strumento per la gestione della richiesta alla PUA e per la proposta di ammissione al servizio ADI/CDI costituisce un unico modello, compilato per la prima parte - in fase di accesso - dagli attori della PUA, per la seconda parte dall'UO distrettuale competente o dal Servizio Sociale Professionale, sempre in raccordo con il MMG/PLS.

In tal senso il Regolamento di Accesso ex L.R. 11/07, deve prevedere le procedure per l'attivazione dell'UVI.

La Proposta di ammissione deve essere predisposta su supporto informatico e deve contenere, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso (vedi sopra) le seguenti informazioni:

- bisogno/problema rilevato
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione dell'ADI/CDI
- prima ipotesi di intervento
- tempi di attivazione dell'UVI

A tale proposito si precisa che i requisiti indispensabili per l'attivazione dell'ADI/CDI sono:

- Condizione di non autosufficienza (disabilità) e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- Potenzialità e disponibilità della famiglia o della rete parentale o informale tale da fornire un concreto supporto al Progetto personalizzato.
- Idonee condizioni abitative in grado di consentire la concreta erogazione delle prestazioni previste nel progetto personalizzato
- Consenso informato da parte della persona o suo tutore giuridico;
- Presa in carico da parte del medico di medicina generale (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 8 alle 20)

Sulla base della proposta per l'ammissione all' ADI/CDI viene convocata l'UVI. A tal fine il Regolamento congiunto deve definire il Responsabile per la convocazione delle UVI e prevedere i limiti temporali per la sua attivazione, secondo le indicazioni di cui al paragrafo successivo. Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario. In questi casi l'accesso all'ADI/CDI dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI per rispondere a bisogni di natura sociale.

2.3 La valutazione multidimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager

La valutazione multidimensionale è attivata, come detto, nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario-assistenziali-sociali. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), con competenze multi-disciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale⁸.

L'istituzione delle UVI è oggetto del Regolamento di Accesso ex art.41 L.R. 11/07 .

Va istituita almeno una UVI per ogni distretto sanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e nei PAT.

All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

- M.M.G./PLS e assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;
- Medico dell'UO distrettuale competente⁹ e referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

Il referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano può essere individuato tra le seguenti figure professionali: assistente sociale; sociologo; psicologo; educatore professionale.

L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

L'atto di convocazione delle UVI deve prevedere i nomi dei componenti e i loro ruoli, anche in funzione dell'autonomia decisionale in ordine alla spesa o ai tempi di attivazione delle diverse prestazioni.

Ai fini di una presa in carico condivisa in sede di UVI ed a garanzia di un impegno della spesa sociale, è necessario che l'Ambito Territoriale preveda nel Fondo Sociale di Ambito la riserva di una percentuale di budget per l'ADI/CDI che consenta di rendere immediatamente operativi i progetti personalizzati definiti dalle UVI e non previsti nel Piano di Zona . Tale necessità nasce dal fatto che i bilanci degli enti locali sono soggetti a precise prescrizioni (cfr. debiti fuori bilancio, assestamento di bilancio, esercizio provvisorio) Qualora i Comuni dell'Ambito non prevedessero in organico assistenti sociali professionali, ovvero coordinatori dell'ufficio di piano responsabili del procedimento amministrativo di gestione del Fondo Unico di Ambito (FUA) dovranno nominare in aggiunta altre figure istituzionali per l'assunzione delle responsabilità amministrative e contabili.

⁸ cfr. P.S.R. " (...) dovranno essere approntati e condivisi idonei protocolli operativi con gli altri servizi sia sanitari che sociali, e condivisi sia con i MMG e PLS del territorio che definiscano le procedure da porre in essere per garantire l'attuazione dei progetti personalizzati intesi come risposta integrata a bisogni complessi che, ponendo al centro dell'intervento l'utente e la sua famiglia, tessano intorno a loro una rete di sostegno e di supporto nel breve, medio e lungo periodo, a secondo della natura, dell'intensità e della durata del bisogno."

⁹ Laddove previsto, anche referente UVI del Distretto

La UVI svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato

La *valutazione multidimensionale* dell'U.V.I. deve essere effettuata con uno strumento specifico, al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, strumento che sarà reso disponibile dalla Regione Campania sulla base delle sperimentazioni già effettuate con la scheda SVAMA.

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato, di cui paragrafo successivo, entro 20 gg. dalla proposta di ammissione e dall'attivazione del percorso integrato, salvo i casi di urgenza.

In sede UVI viene individuato il *Case Manager o Responsabile del caso*, un professionista che opera come "riferimento" e "facilitatore" per la persona in carico al servizio. Il *Case Manager o Responsabile del caso* ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. È fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con la persona assistita e/o la sua famiglia. Il *Case Manager o Responsabile del caso* è quindi una figura di raccordo con l'Equipe Operativa (che è il nucleo operativo che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare, come in seguito descritto), garantendone l'integrazione, tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza. In pratica il *Case Manager o Responsabile del caso* è colui che ha in mano il controllo della fase operativa delle ADI/CDI, verificando chi ha fatto che cosa, con quale frequenza, in che modo, in che tempi, ecc.

È importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative. Il responsabile del caso viene individuato in sede UVI ed è all'UVI che deve direttamente rispondere del suo operato. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare.

2.4 La redazione del Progetto Personalizzato

Alla valutazione multidimensionale segue la elaborazione del Progetto Personalizzato. L'UVI elabora il Progetto Personalizzato tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e

familiari. In vista di una informatizzazione del sistema la Regione provvederà ad elaborare uno strumento di riferimento (un modulo predefinito digitale) per la redazione del Progetto Personalizzato.

L'UVI è responsabile del Progetto Personalizzato e ne verifica l'attuazione mediante il *Case manager o Responsabile del caso*, individuato nelle modalità di cui al paragrafo precedente.

- gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo alla persona assistita che ai suoi familiari;

Il Progetto Personalizzato deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- in rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-basso) dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- titolarità, competenze e responsabilità di spesa
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento
- le competenze e funzioni del referente familiare
- data di avvio e durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi
- Consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Con il consenso informato si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, che deve essere concludersi, come già indicato al paragrafo precedente, entro 30 giorni dalla data della richiesta di accesso.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I..

Copia del Progetto Personalizzato è conservata presso l'U.V.I in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003).

Copia dello stesso progetto è inviata agli uffici competenti del Distretto Sanitario e all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale, sia per l'attivazione del servizio integrato, sia per le funzioni di monitoraggio.

2.5 La gestione del progetto personalizzato: il Piano Esecutivo

All'interno del Progetto Personalizzato deve essere previsto il Piano Esecutivo condiviso con l'Equipe Operativa che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare. Questa parte esecutiva del Progetto Personalizzato, che descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, riporta:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate
- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.);
- fornitura di presidi e materiali vari;
- strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi).

L'Équipe Operativa è specifica e variabile per ogni singolo caso ed è costituita da tutti gli operatori del pubblico e del privato che provvedono all'attuazione del progetto personalizzato. Essa è pertanto costituita dagli operatori che si prendono cura a livello domiciliare del paziente e della sua famiglia; è coordinata in genere dal MMG per la parte sanitaria e dall'assistente sociale dell'ambito territoriale per la parte sociale. A differenza dunque dell'UVI, che è un team "rappresentativo" della complessità del bisogno dell'assistito e che, per essere funzionale, deve essere agile e opportunamente ristretta, l'Équipe Operativa" integrata è necessariamente costituita in ogni momento dall'insieme degli operatori che in quel momento si prendono cura del soggetto: di qui, inoltre, la necessità e il rilievo della figura del Case Manager e la complessità dei suoi compiti.

L'Équipe Operativa dovrà disporre di un diario unico/cartella, che deve rimanere a domicilio dell'assistito, fino a chiusura del caso. In tale diario devono essere riportati tutti gli accessi (con indicazione dei tempi) e gli interventi effettuati e la stessa va periodicamente inviata al Case Manager, che avrà cura di registrare nel sistema informativo le prestazioni effettivamente erogate – Il diario unico non deve essere inviato, ma restare presso il domicilio dell'assistito. Le informazioni necessarie al case manager e all'UVI devono essere registrate dagli operatori che intervengono a domicilio utilizzando format di back office. All'atto della dimissione il diario unico va completata mediante la compilazione della Scheda di Dimissione Cure Domiciliari e va archiviata a cura dell'U.V.I..

L'erogazione del servizio per la titolarità del Distretto Sanitario deve avvenire entro le 24/48 ore dall'attivazione delle cure domiciliari dopo la definizione del Progetto personalizzato da parte dell'UVI.

L'erogazione delle prestazioni sociali, qualora gestite dall'Ambito Territoriale, deve avvenire entro 5 giorni lavorativi dall'arrivo del progetto personalizzato all'Ufficio di Piano.

Un ruolo strategico nel percorso di assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria è quello del *Referente Familiare o Care Giver*, cioè di colui che si prende cura per più tempo dell'assistito, essendo più frequentemente in "contatto" con lui. In genere è un familiare o comunque un soggetto convivente con l'assistito stesso; in qualche caso può essere un amico o un vicino di casa o un volontario. Svolge quindi una funzione di assistenza diretta, provvedendo ad aiutare l'assistito. È importante che, in sede di stesura del Progetto Personalizzato, si individui la persona che svolge questo ruolo e se ne valutino capacità, competenze ed esigenze di supporto, in quanto costituisce una risorsa operativa preziosa, contribuendo all'efficacia del Progetto Personalizzato.

Molte volte la scelta del *Referente Familiare o Care Giver* avviene attraverso un meccanismo di selezione spontaneo da parte di un familiare che volontariamente si assume l'impegno di supportare ed assistere la persona malata. È importante sottolineare, però, che l'azione del *Referente Familiare o Care Giver* non può essere spontanea e completamente guidata da affetto e buon senso ma è fondamentale che il personale specializzato lo istruisca sulle tecniche ottimali da applicare per poter affrontare le difficoltà quotidiane che caratterizzano la vita nell'ambiente domestico.

Il supporto psicologico ed affettivo costituisce il cardine del ruolo del *Referente Familiare o Care Giver* a cui si affiancano una serie di funzioni concrete:

- soddisfare le necessità primarie della persona;
- aiutare il personale sanitario e sociale a portare avanti il progetto personalizzato);
- occuparsi delle necessarie questioni burocratiche ed economiche.

2.6 La dimissione

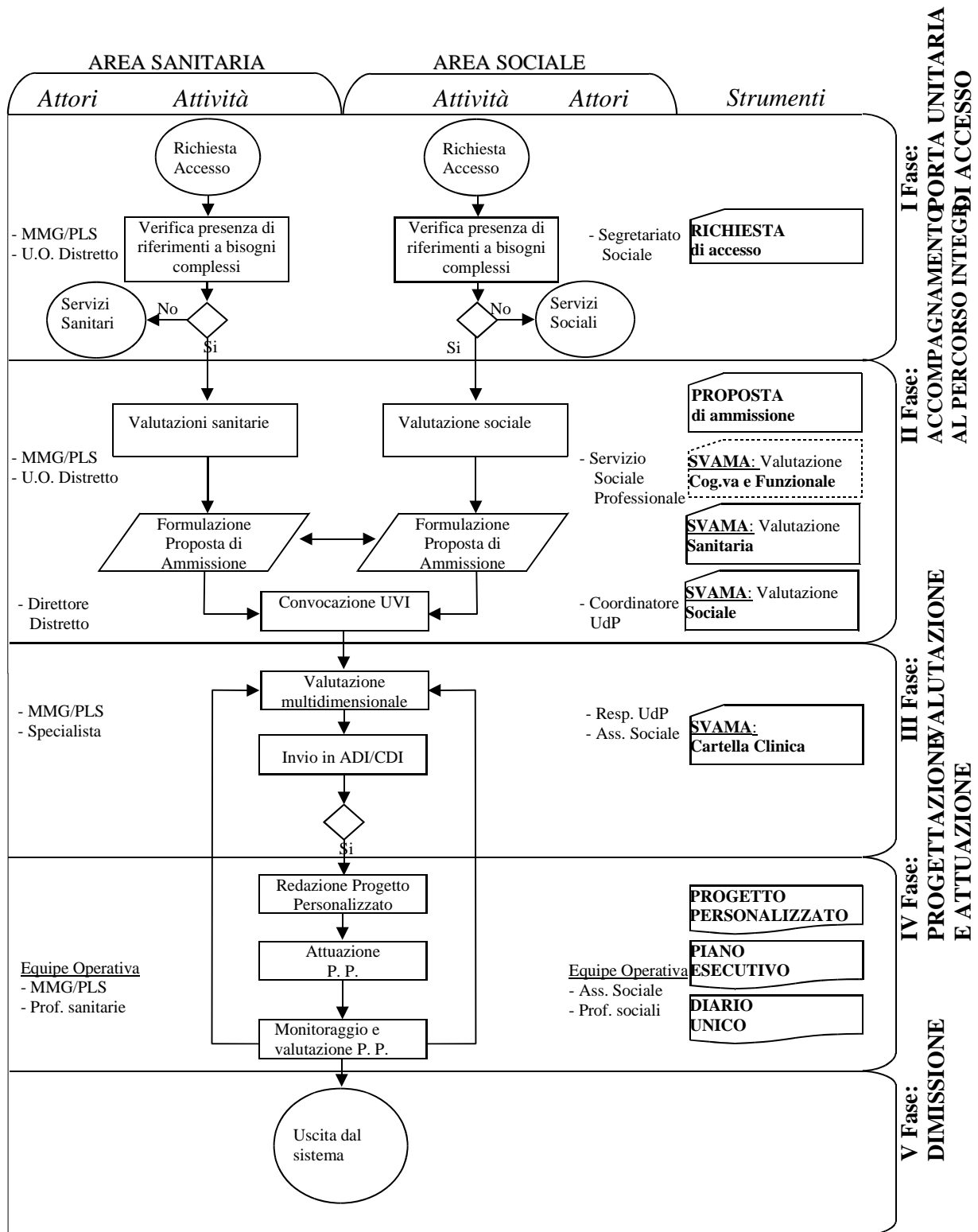
All'atto della dimissione va compilata una apposita scheda che, in analogia con la scheda di dimissione ospedaliera, raccoglie tutti i dati relativi alle ADI/CDI.

I dati delle suddette schede saranno raccolte su supporto informatico, nel rispetto della vigente normativa sulla Privacy, ai fini della realizzazione del flusso informativo regionale.

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.I
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Personalizzato, con l'assistenza domiciliare, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie.
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio.
- Dimissione per decesso della persona assistita
- Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa)

PROCESSO DI EROGAZIONE SERVIZIO ADI/CDI: ATTORI, ATTIVITÀ E STRUMENTI



La precedente tabella, che non ha valenza esaustiva, mira a rappresentare il percorso di attivazione e realizzazione del processo di presa in carico integrata.

3 - LA QUALITA' DEL SERVIZIO E I SISTEMI INFORMATIVI

3.1 Standard e indicatori per verificare gli esiti dei progetti personalizzati e flussi informativi integrati

Il Ministero della Salute con decreto Decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 ("Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare") ha istituito il flusso denominato SIAD finalizzato a disporre di informazioni omogenee relative ad ogni singolo utente/cittadino che fruisce di cure domiciliari erogate dalle singole Aziende Sanitarie.

Tale flusso s'inserisce nel più ampio Nuovo Sistema Informativo Sanitario-NSIS, che comprende la creazione di un Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali relative al singolo cittadino che interagisce con il SSN a livello regionale.

Come definito dal richiamato decreto ministeriale l'attivazione del SIAD è graduale ma la data prevista per il definitivo adeguamento di ciascuna regione al sistema informativo e per l'alimentazione dello stesso è il 1 gennaio 2012. A decorrere da tale data l'invio delle informazioni a cadenza mensile deve avvenire entro il mese successivo al mese di riferimento in cui si sono verificati gli eventi

Le informazioni raccolte riguardano i seguenti ambiti:

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito;
- valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- erogazione dell'assistenza;
- sospensione della presa in carico;
- dimissione dell'assistito.

Le forme di Assistenza Domiciliare oggetto di rilevazione sono quelle caratterizzate da interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria che soddisfano i seguenti 4 criteri guida:

- la presa in carico dell'assistito;
- la valutazione multidimensionale dell'assistito;
- la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- la responsabilità clinica in capo a medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di libera Scelta (PLS) o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/ASL.

Se soddisfatti i criteri di cui sopra, devono essere inviate al Sistema anche le informazioni relative:

- alle "cure palliative domiciliari", che sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive;
- ai casi di "dimissione protetta", tesi ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera.

Non devono invece essere inviati al sistema informativo nazionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare le informazioni relative:

- Le "cure domiciliari prestazionali" che, non prevedono né la presa in carico dell'assistito né la sua valutazione multidimensionale;

- L'ospedalizzazione domiciliare, caratterizzata dall'erogazione di prestazioni al domicilio del paziente, da parte di un'equipe ospedaliera.

Il flusso SIAD, inoltre, esclude dalla rilevazione gli interventi caratterizzati esclusivamente da "sostegno sociale" alla persona e le "cure domiciliari prestazionali".

La regione provvede alla redazione di un Rapporto biennale sulle cure domiciliari utilizzando i dati dei nuovi flussi informativi (di cui al D.M. 17/12/2008) a cui si devono aggiungere i dati sulla integrazione sociosanitaria delle prestazioni al fine di verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi, le criticità e le possibili proposte per sviluppare e migliorare l'assistenza domiciliare.

Al fine di verificare tempestivamente l'andamento dell'assistenza domiciliare e il raggiungimento di determinati obiettivi, tenuto conto che il flusso informativo attivato dal Decreto ministeriale 17/12/2008 fornisce un ampio quadro di informazioni statistiche, si ritiene utile aggiungere una serie di 9 indicatori che saranno rilevati annualmente. Tali indicatori sono elencati nella successiva tab. 1.

Tab. n. ____ Gli indicatori del sistema delle cure domiciliari (CD)

Profilo di cura	Indicatori	Valori standard
CD prestazionali	1. numero malati assistiti 2. Numero malati assistiti/popolazione residente	-
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	3. Numero di malati assistiti >65anni/totale popolazione >65anni	3,5%
Cure palliative malati terminali	4. Numero annuo di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio/numero di malati deceduti per malattia oncologica per anno.	>45%
	5. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208).	> al valore soglia individuato per l'indicatore n.4 moltiplicato per 55 (espresso in giorni)
	6. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg./numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa.	80%
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	7. Numero di malati assistiti x 1.000 / totale popolazione	-
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	8. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è superiore a 30 gg./numero malati curati a domicilio.	-
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	9. Numero di malati che hanno ricevuto cure domiciliari integrate con le prestazioni sociali domiciliari/numero malati curati a domicilio.	-

Allo stato in Campania sono configurati due sistemi informativi distinti, iscritti ciascuno in flussi di dati separati: il sistema utilizzato dal settore sanitario, Leosociosan, è conformato alle specifiche di NSIS, mentre Campania Sociale Digitale¹⁰, istituendo sistema informativo dei servizi sociali, dal gennaio 2010 ha iniziato la sperimentazione del flusso del SINA¹¹, promosso dalla Direzione Generale del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali sia per avviare il sistema nazionale dei servizi sociali, che per integrare i flussi sanitari con quelle informazioni di cui in esso non vi è traccia.

In relazione al SIAD, la Regione Campania, mettendo a frutto il risultato derivante dalla applicazione sperimentale di un software di informatizzazione e rilevazione delle prestazioni sociosanitarie, ha inteso definire un sistema regionale di monitoraggio delle prestazioni sociosanitarie. Attualmente presso tutte le Aziende Sanitarie della Regione Campania al flusso NSIS si affianca per le sole prestazioni lea sociosanitarie rese ai sensi del D.P.C.M. 29/11/2001 un software LEA SOCIOSAN realizzato in collaborazione con l'Agenzia Regionale sanità-ArSAN che prevede il monitoraggio e l'informatizzazione di questa tipologia di prestazioni (D.G.R.C. 476/2004 e 2040/2006) con una metodologia che mira a monitorare e verificare il percorso di accesso ai servizi e l'erogazione delle prestazioni conseguenti alla presa in carico. Con atto deliberativo 2105/2008 la Giunta Regionale, nel rispetto degli obblighi determinatisi con l'emanando decreto ministeriale istitutivo del SIAD, ha elaborato i criteri per un piano operativo finalizzato alla definizione di un sistema di rilevazione che non si limitasse a rispondere agli adempimenti previsti ma concorresse a delineare a livello distrettuale ed aziendale un sistema di rilevazione dedicato a tutte le prestazioni sociosanitarie .

È stata definita una scheda di rilevazione LEASOCIOSAN che ricomprende ed esplicita i tracciati e le informazioni richieste dal decreto SIAD, che preveda di rendere disponibili informazioni relative al progetto personalizzato e alla valutazione multidimensionale; per poter rilevare anche la componente sociale delle prestazioni sociosanitarie è possibile definire modalità di colloquio fra i sistemi informativi sociali e sanitari.

Per ciò che attiene il Settore Politiche Sociali, la Giunta regionale della Campania con deliberazione n. 1318 del 31 luglio 2009 "Approvazione di 'Campania Sociale Digitale', piano di azione per realizzare il sistema informativo", si è riproposta di dotare nel corso del triennio 2009/2011, il welfare campano di un Sistema Informativo in grado di rispondere alle molteplici e complesse necessità sociali dei cittadini campani, consentendo la messa in opera di un sistema di valutazione partecipato dell'adeguatezza e della congruità dei servizi alla persona. Nel Piano, articolato in 5 obiettivi generali declinati in 24 obiettivi specifici, vi tra l'altro l'impegno ad adottare un set di informazioni in grado di assolvere adeguatamente agli obblighi informativi ed a definire e costruire un flusso di informazioni che utilizzi quale strumento anche la cartella sociale informatizzata, a partire dai prodotti informatici ed informativi realizzati dai progetti SFA-SFAAR finanziati a valere sul POR Campania 2000-2006.

Il Settore Assistenza Sociale della Regione Campania, nel marzo del 2009 ha inoltre aderito al sperimentazione del Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA) promosso dal Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, il cui capofila è la Regione Liguria, partecipando attivamente alla definizione del set minimo di informazioni e a una Indagine Pilota su Comuni e Associazioni Intercomunali, i

¹⁰ Cfr. DGRC 1318/2009 Approvazione di "CAMPANIA SOCIALE DIGITALE", piano di azione per realizzare il sistema informativo"

¹¹ Sistema Informativo per la Non Autosufficienza

cui risultati sono stati presentati in un incontro pubblico tenutosi a Genova il 19 ottobre 2009. Dal gennaio 2010 è stata avviata la sperimentazione in Campania dei flussi su base individuale e quindi promuovere l'uso della cartella sociale informatizzata tra gli attori del welfare campano, utilizzando la scheda di rilevazione sui sistemi informativi sociali per la non autosufficienza, messa a punto dal Comitato di Coordinamento del progetto.

In ogni caso le criticità connesse al processo complessivo di integrazione socio-sanitaria, al di là della volontà del livello regionale, non possono non influenzare anche l'integrazione e l'interconnessione dei sistemi informativi (SIAD, SINA, ecc). L'auspicio è che l'informatizzazione e l'interconnessione dei due sistemi (garantite attraverso il Sistema Pubblico di Connettività, in Campania sviluppato con il sistema SPICCA) possa assicurare l'interoperabilità e la tempestiva trasmissione di dati ed informazioni tra diversi sistemi informativi. Tale sistema potrebbe consentire di snellire le procedure di connesse all'accesso e alla valutazione multidimensionale (ad es. la compilazione della Scheda SVAMA) e in generale di facilitare il lavoro delle UVI.

3.2 La formazione e l'aggiornamento del personale

Considerate le difficoltà dei processi di implementazione dell'integrazione socio-sanitaria, ai diversi livelli, è cruciale la costruzione di un piano unitario di formazione, che preveda percorsi integrati tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali. Pertanto La Regione Campania ha programmato, avvalendosi delle risorse del Fondo Sociale Europeo, un complesso di percorsi formativi mirati a sviluppare livello organizzativo dell'integrazione sociosanitaria. I percorsi formativi si articolano su tre livelli e sono rivolti a tutti gli operatori coinvolti a vario titolo nel Sistema A.D.I. ed in particolare ai seguenti:

- responsabili degli Uffici di Piano e dei Distretti Sanitari per lo sviluppo di competenze nell'ambito dell'organizzazione e gestione integrata dei servizi ;
- responsabili delle UVI per lo sviluppo di competenze nell'ambito delle funzioni di valutazione integrata , presa in carico degli utenti e verifica dei progetti personalizzati. In tal senso sarà possibile formare all'utilizzo di uno strumento unico di valutazione adottato dalla Regione;
- figure professionali sociali per lo sviluppo di competenze nell'ambito del lavoro di assistenza e tutela a domicilio.

ALLEGATO 1

GLOSSARIO SOCIO SANITARIO PER LE CURE DOMICILIARI

1 - GLOSSARIO SOCIO SANITARIO PER LE CURE DOMICILIARI

Accesso	<p>È il momento dell'ingresso nella rete dei servizi da parte dei cittadini.</p> <p>Le modalità di accesso devono avere determinate caratteristiche, ed in particolare devono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • unificate, per facilitare l'accoglienza delle persone, in particolare i soggetti non autosufficienti o in condizioni di fragilità; • integrate, ossia garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi: ospedalieri, distrettuali e sociali
Accreditamento	<p>Processo attraverso il quale l'ente pubblico consente ad un soggetto privato, in possesso di requisiti predeterminati, di entrare a far parte della propria rete di fornitori di un servizio.</p>
Accoglienza	<p>Processo o percorso di inserimento della persona in un nuovo contesto fisico, sociale, relazionale. L'ambiente umano e fisico accogliente è fondamentale per facilitare l'accesso a servizi complessi (sanitari, sociosanitari e sociali)</p>
Ambito territoriale	<p>L'Ambito Territoriale rappresenta il punto di raccordo tra le politiche sociali dei diversi Comuni che, uniti a livello di programmazione e costruzione dei servizi, realizzano un percorso comune finalizzato a garantire unitarietà dei criteri e prestazioni omogenee su tutto il territorio. Attraverso il Piano di Zona, sono definite le finalità e gli obiettivi comuni, sono individuate le priorità di intervento sociale, le risorse e gli strumenti. La L.R. 11/07 prevede la coincidenza dell'Ambito Territoriale con i Distretti Sanitari o loro multipli.</p>
Analisi del bisogno	<p>Metodologia che tende allo studio analitico e approfondito del problema/bisogno semplice e/o complesso, al fine di individuare la migliore strategia di intervento.</p>
Ascolto	<p>L'ascolto è un processo comunicativo attivo di decodifica e comprensione di messaggi, informazioni richieste, espressioni emotive.</p>
Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)	<p>Vedi: Cure domiciliari Integrate</p> <p>Il Nomenclatore dei Servizi Sociali definisce l'ADI come un servizio che “ consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento.”</p> <p>L'Accordo collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale nell'allegato H precisa che "L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante l'integrazione professionale tra i diversi professionisti di cui alla presente convenzione e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente"</p> <p>L' art.. 51 dell' ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta prevede l'Assistenza Domiciliare Integrata. L'allegato E : l'assistenza ai bambini con patologia cronica è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche,riabilitative,socio-assistenziali, rese al domicilio del bambino e orientate in maniera da poter garantire il raggiungimento di specifici obiettivi di benessere, secondo piani di assistenza individualizzati, definiti anche con la partecipazione di più figure professionali</p>
Assistenza Domiciliare Socio assistenziale (ADS, SAD)	<p>L'Assistenza Domiciliare a carattere socio assistenziale è un servizio rivolto a soggetti con limitata autonomia, che vivono da soli o con famiglie che non sono in grado di assicurare un buon livello di assistenza per la cura e l'igiene della persona e della casa e per il mantenimento delle condizioni di autonomia. La finalità del servizio è quella di favorire la permanenza dell'anziano e del disabile nel suo ambiente abitativo e sociale e di accrescere la sua capacità di autodeterminazione, attraverso sia attività socializzanti, limitando il rischio di emarginazione sociale, sia prestazioni assistenziali, atte a prevenire malattie cronico degenerative. Il servizio ADS deve comprendere un pacchetto di prestazioni indirizzate al sostegno di carattere organizzativo per lo svolgimento tanto delle</p>

	attività di base della vita quotidiana, quanto per lo svolgimento di attività strumentali.
Attività socio-sanitarie	Prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.
Appropriatezza	<p>Riguarda l'adeguatezza di un servizio o prestazione sanitaria a rispondere al bisogno specifico. La programmazione sanitaria distingue tra appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato (che si basa sull'efficacia secondo i principi dell'evidence based medicine) e appropriatezza organizzativa come regime di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse (ottenere le risposte nella sede idonea).</p> <p>Per il cittadino vuol dire ottenere le <i>cose giuste e nella sede giusta</i>.</p> <p>L'appropriatezza è una caratteristica sintetica degli interventi sanitari che integra efficacia, efficienza e opportunità (E.Matera-2003).</p> <p>E' un valore determinante per l'efficacia e l'efficienza di un sistema di servizi.</p>
Autosufficienza e "non autosufficienza"	<p>Si ritiene opportuno adottare una definizione di "autosufficienza" di natura funzionale, che fa riferimento alla capacità della persona di svolgere autonomamente le funzioni essenziali della vita quotidiana.</p> <p>Persona non autosufficiente, quindi, è quella che ha bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (alzarsi dal letto o da una sedia; lavarsi, vestirsi, etc.).</p> <p>Quantunque una definizione univoca di "non autosufficienza" non sia al momento disponibile, ai fini degli interventi di <i>home care</i> si fa riferimento alle persone che non sono in grado di compiere con continuità le attività quotidiane della vita senza un aiuto esterno. Una condizione che si valuta tenendo conto delle funzioni essenziali di vita, articolate in due ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ attività per la cura di sé (<i>Activities of Daily Living - ADL</i>), che consistono in 6 funzioni generali, relative al lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, muoversi in casa, essere continenti, alimentarsi; ▪ attività strumentali (<i>Instrumental Activities of Daily Living - IADL</i>), che consistono in: capacità di usare il telefono, fare la spesa, prepararsi il cibo, avere cura della casa, fare il bucato, usare i mezzi di trasporto, prendere farmaci, gestire il denaro.
Bisogno	Situazione di carenza e/o mancanza sia fisica sia psicologica che porta inevitabilmente ad una situazione di frustrazione da parte dell'individuo coinvolto. Il bisogno può tradursi in una domanda (di beni e/o servizi) volta a colmare la richiesta o rimanere inespresso.
Buono servizio	Una particolare forma di erogazione dei servizi sociali pubblici che concilia il principio di libera scelta dell'utente con la garanzia della qualità e dell'accessibilità economica al servizio. Il buono servizio è un titolo che dà diritto all'utente di ricevere il servizio, a sua scelta, da una delle agenzie che si siano a tal fine accreditate presso l'amministrazione titolare della funzione. L'utilizzo del buono servizio è ancora in fase sperimentale.
Carta dei servizi	Documento di trasparenza rivolto ai cittadini/utenti dall'amministrazione pubblica con il quale essa esplicita i suoi orientamenti, dichiara quali sono le prestazioni che si impegna ad erogare e come intende operare in caso di mancato rispetto delle prestazioni promesse. La Carta dei Servizi ha notevoli implicazioni sulle organizzazioni dal momento che orienta il fornitore a mettere al centro le esigenze dell'utente.
Cooperativa sociale	Organismi disciplinati dalla L. 381/91. Gestiscono servizi sociosanitari e educativi nell'interesse generale della comunità, coniugando i valori della promozione umana e dell'integrazione sociale con l'organizzazione imprenditoriale.
Care giver o referente familiare	<p>Espressione di origine anglosassone che significa letteralmente "<i>donatore di cura</i>"; è la persona che, nell'ambiente domestico, assume l'impegno di cura della persona non autosufficiente, fornisce aiuto e supporto al malato nel suo percorso di recupero fisico, mentale ed affettivo.</p> <p>È in genere un familiare, ma può essere anche un assistente alla persona, un volontario (<i>caregiver non professionali</i>) o un operatore adeguatamente formato (<i>caregiver professionali</i>). Il "caregiver" svolge un ruolo insostituibile, con un'attività che può dirsi</p>

	<p>continuativa per l'intero arco della giornata, con le prevedibili conseguenze su tutti gli aspetti della vita, soprattutto nel caso che il caregiver sia un familiare.</p> <p>Per poter essere un efficace "curante", deve conoscere la malattia e le conseguenze che essa ha nel comportamento del malato. È necessario che acquisisca conoscenza e competenza per essere in grado di affrontare tutti gli ostacoli che la vita quotidiana con il malato presenta. Ha il diritto, pertanto, a ricevere le indicazioni sulle migliori strategie per affrontare i problemi quotidiani, per instaurare un rapporto comunicativo corretto con l'assistito ed ad essere informato sugli obiettivi, la strategia, la cronologia del programma di cura e anche i limiti dello stesso in relazione alle lesioni sofferte dalla persona assistita.</p>
<p>Case manager o responsabile del caso</p>	<p>La figura del Responsabile del Caso ("case manager") è decisa dall'UVI come referente formale della presa in carico all'interno del Piano individualizzato di assistenza, con il compito di garantire continuità assistenziale attraverso il coordinamento e monitoraggio di servizi e professionalità coinvolte nel piano di trattamento.</p> <p>Esso viene identificato generalmente nel Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera scelta, in quanto responsabile della presa in carico della persona.</p>
<p>Cure domiciliari Integrate</p>	<p>(Vedi A.D.I.)</p> <p>È la forma di assistenza domiciliare che richiede diverse competenze professionali sanitarie e sociali al fine di rispondere a esigenze complesse di persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza parziale o totale e che necessitano di una assistenza continuativa di tipo sociosanitario. Prevede altresì la fornitura di farmaci e del materiale di assistenza.</p> <p>Lo scopo è garantire all'utente l'assistenza di cui necessita presso il proprio domicilio o, per favorire le dimissioni, completare trattamenti complessi eseguiti in ospedale o in struttura residenziale.</p> <p>Si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di una somma di prestazioni tra loro integrate, sia sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali.</p> <p>La responsabilità clinica generalmente è attribuita al medico di medicina generale e la sede organizzativa è nel distretto. L'attivazione delle cure domiciliari integrate (ADI) richiede la presa in carico della persona, la previa valutazione multidimensionale del bisogno (VMD) e la definizione di un piano personalizzato di assistenza, con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi.</p> <p>Si tratta di cure domiciliari che possono essere di diversa intensità, in relazione alla criticità e alla complessità del caso, possiamo classificare le cure domiciliari integrate (ADI) in 3 livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cure domiciliari integrate (A.D.I.) di I livello: è costituita da prestazioni di tipo medico, infermieristico, e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati articolati sino a 5 giorni . ▪ Cure domiciliari integrate (A.D.I.) di II livello: le prestazioni devono essere articolate in 6 giorni in relazione alle criticità e complessità del caso. Sono inoltre ADI di II livello le cure delle ulcere di terzo e quarto stadio con medicazioni avanzate, lesioni vascolari croniche e ferite difficili in generale fino alla totale guarigione, trattate con medicazioni avanzate. Sono inoltre di II livello le Cure Domiciliari a tutti i pazienti oncologici, ad eccezione di pazienti in cure palliative seguiti anche dallo specialista di terapia del dolore che rientrano nell'ADI di III livello. ▪ Cure domiciliari integrate di III livello (ad elevata intensità): sono prestazioni a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati su 7 giorni (considerato anche il servizio di pronta disponibilità) (Sla, bambini con problematiche neonatali imponenti, terapie cicliche a malati di fibrosi cistica).Assorbono le prestazioni un tempo definite di Ospedalizzazione domiciliare. <p>Anche le Cure Palliative rientrano nel III livello, in questo caso la responsabilità clinica permane in capo al MMG o PLS che si può avvalere anche del medico che segue la terapia del dolore individuato come da piano PAI dall'UVI. Le cure palliative devono</p>

	essere erogate da un'equipe in possesso di specifiche competenze.
Cure palliative	<p>Palliativo deriva dal latino "pallium": mantello, protezione. Il termine palliativo significa coprire la sofferenza, proteggere il malato dal disagio e dalle sofferenze provocate dalla malattia.</p> <p>Le cure palliative sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria.</p> <p>Le cure palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale.</p> <p>Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di rispettare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine.</p>
Cure prestazionali	<p>Si definiscono "Cure Prestazionali" quelle prestazioni professionali erogate in risposta a bisogni sanitari di tipo medico infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetute nel tempo, ma che non richiedono la valutazione multidimensionale e la compilazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) . Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali e non devono essere valute dall' UVI.</p> <p>Possono essere occasionali o cicliche programmate.</p> <p>Le Cure Prestazionali comprendono: l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP),l'Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID),l' Assistenza Riabilitativa Domiciliare (ARD).</p> <p><i>Assistenza Domiciliare Programmata (ADP):</i> consiste nella programmazione sistematica delle visite domiciliari del Medico di Medicina Generale (MMG). La possibilità di attivazione dell'ADP è limitata esclusivamente ai soggetti che presentano le seguenti caratteristiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio per gravi patologie che necessitano di controlli periodici al fine di prevenire riacutizzazioni che richiederebbero il ricorso all'ADI o all'ospedalizzazione. 2. Impossibilità permanente o temporanea a deambulare, impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con i comuni mezzi.
Dimissione protetta	Modalità di dimissione concordata tra l'ospedale e i servizi sanitari territoriali di pazienti in condizioni di non autosufficienza o di incompleta stabilizzazione clinica, che richiedono, a domicilio o in assistenza residenziale, la continuazione delle cure mediche, infermieristiche e riabilitative.
Disabilità	E' necessario fare chiarezza sulla terminologia utilizzata per definire la disabilità. Si è deciso di seguire le indicazioni adottate dall'ISTAT che, a sua volta, fa esplicito riferimento alle definizioni di "menomazione" (danno biologico che una persona riporta a seguito di una malattia, congenita o meno), "disabilità" (incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana a seguito di menomazione) e "handicap" (svantaggio sociale che deriva dall'avere una disabilità), così come sono illustrate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Così, ad esempio, si evince che una persona su sedia a rotelle è indubbiamente disabile, ma potrebbe potenzialmente non essere handicappata se fosse eliminata ogni sorta di barriera architettonica esistente, in modo da non interdirle l'accesso a nessun campo della vita sociale. In questo modo è possibile stimare le persone disabili ma non quelle handicappate. La condizione di handicap è puramente soggettiva e dipende dalle aspettative di vita e dalle necessità della persona disabile. La nozione di diversamente abile rimanda alla nozione di disabilità. Il termine disabilità si riferisce alla capacità della persona di espletare autonomamente (anche se con ausili) le attività fondamentali della vita quotidiana e si riconduce alla legge 104 del 1992. Il termine invalidità rimanda, invece, al diritto di percepire un beneficio economico in conseguenza di un danno biologico indipendentemente dalla valutazione complessiva di autosufficienza e fa riferimento alla legge 118 del 1971.
Disagio	Qualsiasi problema o situazione che impedisce o limita, parzialmente o totalmente, il naturale processo di sviluppo personale, sociale, culturale, di identità e di autonomia di un individuo.

Discussione del caso	Argomentazione su modalità e caratteristiche del bisogno/disagio, al fine di comprenderlo in vista della migliore strategia di intervento.
Efficienza	[sin.: rendimento, produttività; da non identificare riduttivamente con "volume delle prestazioni"]. Rappresenta la massima capacità produttiva ai minori costi possibili. Il giudizio di efficienza può essere formulato valutando il rapporto tra risultati e risorse, in tal senso si configura come giudizio comparativo circa la capacità di un servizio o di un operatore di produrre gli stessi risultati con minore consumo di risorse rispetto ad altre entità, ovvero di produrre migliori risultati a parità di risorse impegnate.
Efficacia	Rappresenta la capacità di produrre pienamente l'effetto voluto e l'ottenimento stesso dell'effetto; in ambito clinico rappresenta la capacità di modificare positivamente la storia naturale della condizione clinica.
Equipe operativa	E' l'equipe che realizza nel concreto il percorso a domicilio della persona assistita. L'equipe Operativa è specifica e variabile per ogni singolo caso ed è costituita da tutti gli operatori del pubblico e del privato che provvedono all'attuazione del progetto personalizzato. Essa è pertanto costituita dagli operatori che si prendono cura a livello domiciliare del paziente e della sua famiglia; è coordinata in genere dal MMG per la parte sanitaria e dall'assistente sociale dell'ambito territoriale per la parte sociale. A differenza dunque dell'UVI., che è un team "rappresentativo" della complessità del bisogno dell'assistito e che, per essere funzionale, deve essere agile e opportunamente ristretta, l'Équipe operativa" integrata è necessariamente costituita in ogni momento dall'insieme degli operatori che in quel momento si prendono cura del soggetto: di qui, inoltre, la necessità e il rilievo della figura del Case Manager e la complessità dei suoi compiti.
Grado di autonomia	Indipendenza. Capacità di gestire e di provvedere al processo di crescita individuale, utilizzando le proprie potenzialità e le risorse disponibili e senza subire le influenze esterne ed estranee.
Grado di invalidità	Livello (solitamente espresso in percentuale) di autonomia (fisica e/o psichica) dell'individuo, certificata da apposita commissione sanitaria. Vedi invalidità.
Indicatore	Caratteristica qualitativa (confrontabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di costruire ipotesi, dare giudizi. Il risultato dell'osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento, definisce il 'valore' o la misura dell'indicatore.
Indicatore della Situazione Economica (ISE)	Previsto dal D.L. 109/1998 l'ISE, è uno strumento per la definizione della condizione economica del singolo o del nucleo familiare per l'accesso ai benefici e alle esenzioni previsti nell'erogazione di prestazioni sociali, assistenziali, sanitarie e socio-sanitarie e individua i criteri in base ai quali un soggetto può chiedere di usufruirne. Tali servizi sono resi dalle pubbliche amministrazioni e non sono destinati alla generalità dei cittadini e/o prevedono tariffe agevolate o esenzioni.
Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE)	Strumento che consente di selezionare i potenziali utilizzatori del servizio in ordine alle condizioni reddituali, familiari e/o di far partecipare, proporzionalmente alle proprie risorse, i potenziali utilizzatori, al fine di garantire l'universalità o, almeno, l'allargamento di accesso alle prestazioni. Lo strumento consente di omogeneizzare la base informativa necessaria a definire i criteri di selettività e/o grado di partecipazione nell'accesso alle prestazioni agevolate, consentendo un miglior utilizzo delle risorse pubbliche (D. Lgs. 109/98, D. Lgs. 130/00, art 25 L 328/00).
Indice	Il risultato di un'operazione di elaborazione di indicatori statistici o sociali che descrivono le caratteristiche di un oggetto di ricerca, che sintetizza in maniera unitaria le diverse dimensioni studiate.
Indice di dipendenza strutturale	Il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	Il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.
Indice di vecchiaia	Il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Indice di case-mix	Indice che esprime la complessità dei casi trattati dall'unità operativa (ospedaliera o territoriale) in rapporto alla complessità media dell'insieme delle unità operative che si occupano della stessa tematica (nella stessa struttura o in rapporto a tutte le strutture di un dato contesto, ad esempio italiano). Valori superiori all'unità indicano una complessità della casistica superiore a quella di riferimento.
Lavoro di rete	Attività svolta in un regime di cooperazione fra le parti di una stessa equipe oppure fra diversi attori sociali, che hanno in comune il raggiungimento di determinati obiettivi in misura ottimale. Basato principalmente su contributi sociologici e antropologici che hanno dato corpo alla network analysis (Barnes, Mitchel, Granovetter) può essere definito come l'insieme degli interventi diretti a facilitare le sinergie fra i principali attori coinvolti nel miglioramento del livello di benessere delle persone e della comunità. La qualità di un sistema (ad es. una famiglia) può migliorare se il sistema stesso ha la possibilità di interconnettersi con altri in un processo di scambio di risorse e reciproci stimoli al cambiamento, questa prospettiva viene detta di community care. Un esempio di lavoro di rete è costituito dalle sperimentazioni relative ai programmi territoriali per alcolopatie, dove l'intervento è caratterizzato dal coinvolgimento della comunità circostante le famiglie interessate, dalla promozione di iniziative di sensibilizzazione verso la comunità, favorendo contatti con e tra gli operatori dei servizi socio-sanitari.
Livelli Essenziali di Assistenza – LEA	<p>L'insieme delle prestazioni e dei servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.</p> <p>I LEA sono organizzati in tre grandi Aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale); - l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche); - l'assistenza ospedaliera, in ospedali per acuti, in ricovero ordinario e in ricovero diurno (day hospital e day surgery), in pronto soccorso, in ospedali per la lungodegenza e la riabilitazione, in ricovero ordinario e in ricovero diurno (day hospital).
LIVEAS (Livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale)	La Legge 328 (art. 22) assegna allo Stato il compito di definire i livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale (LIVEAS) che devono, sull'intero territorio nazionale, essere garantiti a tutti i cittadini sulla base di comuni standard. L'articolo 22 prevede che il sistema integrato di interventi e servizi sociali garantisca al cittadino, nell'ambito del Distretto socio-sanitario, l'erogazione di alcune prestazioni che rappresentano i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale. Questi livelli essenziali garantiscono un sistema di prestazioni e servizi sociali idonei a garantire alle persone e alle famiglie qualità della vita e cittadinanza sociale, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli. I LIVEAS (Livelli Essenziali Assistenza Socio-assistenziale) si basano su alcuni principi: - mantenere un approccio universalistico ai bisogni sociali, pur nel rispetto degli obiettivi di priorità sociali individuati dalla Legge e definiti nel Piano Sociale Nazionale; - necessità che la risposta ai bisogni sociali sia una risposta partecipata (ruolo del cittadino/utente, ruolo della famiglia, ruolo dei soggetti sociali e del Terzo Settore) basata su una progettazione che parte dalla Comunità Locale e da essa soggetta a verifica costante (piani di zona); - impostare la progettazione degli interventi e dei servizi sociali in modo da garantire flessibilità e versatilità delle risposte nel rispetto dei principi cardine della personalizzazione e dell'approccio globale (integrazione sociosanitaria).
Marginalità	Indica una condizione statica o uno status sociale, cioè una condizione di fatto, che a volte implica o presuppone l'emarginazione e a volte vi conduce. Marginali sono quegli status sociali che comportano, per persone o gruppi, il vivere in condizioni diverse e solitamente peggiori da quelle della società nel suo complesso; la marginalità comporta riduzione delle aspettative di affermazione sociale, minore responsabilità sociale, minore partecipazione alla vita e alle decisioni collettive.

Outcome	Il termine 'outcome' è impiegato per descrivere gli esiti degli interventi sanitari. Le misure di outcome si differenziano dai prodotti/output e riguardano gli esiti sociosanitari di intervento, che producono effetti a breve/medio termine sulla salute dell'individuo.
Ospedalizzazione domiciliare	Espressione ormai da considerarsi superata, in quanto rientrante nelle cure domiciliari di III livello, così come la cosiddetta "Ospedalizzazione domiciliare a malati terminali". La collocazione elettiva delle cure domiciliari, infatti, è nel LEA Assistenza distrettuale, anche quando vengono forniti apporti ospedalieri (risorse umane, tecnologie).
Porta Unitaria d'accesso (P.U.A.)	<p>La Porta Unitaria di Accesso è una modalità organizzativa volta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. La Porta Unitaria di Accesso deve tendere a superare una serie di barriere psicologiche, culturali e fisiche spesso determinate da una rete di offerta caratterizzata dalla scarsa informazione e coordinamento tra le varie Agenzie, Istituzioni e Unità Operative .</p> <p>Il servizio si configura come una struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona, attraverso sportelli unificati per l'accesso a tutti i servizi socio sanitari territoriali, con attenzione all'ascolto delle persone e vigilanza sul rischio di burocratizzazione del servizio.</p> <p>Le principali funzioni: informazione, orientamento, accompagnamento, presa in carico</p> <p>Nell'ottica del Punto Unico di Accesso, la "presa in carico" può essere definita come "un processo integrato e continuativo che si configura come "governo" di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso e articolato".</p>
Presa in carico	<p>È un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie, che il Servizio sanitario mette in atto per rispondere a bisogni di salute complessi e che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità.</p> <p>La "presa in carico" è legata alla "complessità" dei bisogni, della domanda, della valutazione dei bisogni e dell'offerta e, a tale complessità, è strettamente legato il concetto di "unitarietà".</p> <p>La complessità, infatti, richiede "<u>unitarietà</u>" di azioni nei diversi livelli di intervento (tra soggetti istituzionali; tra soggetti professionali; tra i diversi attori che operano nel contesto socio-ambientale: famiglia, ambiente sociale, comunità).</p> <p>La complessità richiede "<u>continuità</u>" tra i bisogni, espressi da una domanda, e le risposte rappresentate dall'offerta di servizi; di risposte modulate nella loro gradualità e modulate nel tempo.</p> <p>Si "prende in carico" la <u>persona</u>, nella sua globalità, e con i <u>bisogni</u> della stessa.</p> <p>La presa in carico si compone di diverse fasi e momenti (richiesta di aiuto; analisi della domanda; progetto di intervento; elaborazione e attuazione del Progetto personalizzato e del Piano personalizzato degli Interventi; verifica e valutazione; chiusura dell'intervento).</p>
Progetto Personalizzato	<p>E' lo strumento di attuazione della presa in carico. Scopo del Progetto Personalizzato è quello di superare le "logiche prestazionali" a favore di globalità e continuità assistenziale, coinvolgendo gli attori interessati su progetti di cura, intorno ai bisogni della persona. Elaborato dall'UVI per ognuno dei cittadini presi in carico, in seguito alla valutazione multidimensionale, tiene conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. Il Progetto Personalizzato è redatto su apposito modulo predefinito digitale. L'UVI è responsabile del Progetto Personalizzato e ne verifica l'attuazione mediante il <i>Case manager o Responsabile del caso</i>. Nella redazione del Progetto Personalizzato alle figure professionali dell'UVI già descritte può aggiungersi, sulla base dei regolamenti specifici, un referente dell'Equipe Operativa</p> <p>Il Progetto Personalizzato deve definire esplicitamente e in maniera analitica:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo alla persona assistita che ai suoi familiari; ▪ in rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-lieve) dell'intervento e le figure professionali impegnate; ▪ titolarità, competenze e responsabilità di spesa ▪ le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento ▪ le competenze e funzioni del referente familiare ▪ la durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi ▪ Consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.
Rete	<p>Unione degli intenti, degli sforzi, delle risorse e dei mezzi di più soggetti diversi (formali, informali, pubblici o privati) per realizzare obiettivi comuni, azioni, interventi.</p> <p>Per l'area sanitaria e sociosanitaria il modello "a rete" è imprescindibile in quanto la complessità di servizi e professionisti si devono ricomporre intorno al bisogno della persona.</p>
Unità di Valutazione Integrata (UVI.)	<p>L'Unità di Valutazione Integrata (UVI.) è un'equipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, composta da personale dell'ASL e dei Comuni .</p> <p>All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ M.M.G./PLS e assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente; ▪ Medico dell'UO distrettuale e referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano. <p>L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.</p> <p>L'UVI effettua la valutazione multidimensionale evidenziando le esigenze sia sanitarie che sociali di natura complessa per la definizione del progetto sanitario personalizzato e della presa incarico integrata e svolge i seguenti compiti: 1) effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali dell'utente e del suo nucleo familiare; 2) elabora il progetto socio-sanitario personalizzato che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela; 3) verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato".</p>
Valutazione	<p>Analisi sistematica e scientifica dei dati collegati all'attuazione del programma, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza del programma stesso. Con la valutazione si verificano i benefici raggiunti, rispetto alle risorse impiegate e agli obiettivi preposti, nonché l'adeguatezza delle strategie attuate per il raggiungimento degli stessi risultati. Può fare riferimento a standards, scale qualitative e oggettive ed impiega tecniche e strumenti vari.</p>
Valutazione dei risultati	<p>Verifica attuata alla fine del progetto e serve per definire i reali effetti prodotti sull'utente. Tale verifica confronta la situazione iniziale della popolazione con quella finale e con gli obiettivi posti.</p>
Valutazione ex ante	<p>E' realizzata prima dell'approvazione e della successiva implementazione di un piano o progetto; in questo caso la valutazione aiuta i decisori a selezionare e scegliere fra progetti alternativi.</p>
Valutazione in itinere	<p>Si intende la raccolta di informazioni utili alla gestione del progetto, allo sviluppo delle decisioni necessarie per correggere gli eventuali errori prodotti durante la realizzazione concreta degli interventi.</p>
Valutazione ex post	<p>Valutazione di un intervento dopo che è stato completato. L'obiettivo è quello di studiare se e come il progetto abbia raggiunto gli obiettivi prefissati, nonché di immaginare soluzioni adeguate per interventi simili in futuro.</p>
Valutazione di impatto	<p>Consente di valutare l'insieme degli effetti prodotti da un intervento, un'azione, un progetto sul/nel contesto/ambiente di riferimento. L'impatto mostra quali effetti può produrre un intervento nell'ambiente circostante inteso in senso lato (sociale, economico ecc.). Attraverso la valutazione di impatto si cerca cioè di prevedere quali saranno i costi ed i benefici nel caso in cui si verifichino delle modifiche di uno stato di fatto.</p>
Valutazione Multidimensionale	<p>Processo di tipo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di salute di un soggetto e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità.</p> <p>Questo approccio diagnostico esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale.</p>

<p>Voci di costo delle cure domiciliari</p>	<p>Esse comprendono: il costo del personale a vario titolo impiegato;il costo del materiale di consumo utilizzato;l'ammortamento delle apparecchiature sanitarie e degli automezzi necessari per il trasporto degli operatori;i costi generali (costi amministrativi di personale e di segreteria,affitti,canoni e altri oneri di gestione,oneri di installazione e manutenzione delle apparecchiature).</p> <p>A questi costi vanno sempre considerati i costi sostenuti dal paziente e dal caregiver.</p> <p>La variabilità dei costi delle cure domiciliari è legata principalmente ai seguenti fattori:tipo e gravità della/e patologie;grado di autonomia e condizioni socio-sanitarie;durata dell'assistenza;intensità assistenziale(frequenza di accessi);tecnologie impiegate;risorse umane impiegate.</p>
--	--

LEGENDA DEGLI ACRONIMI

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

CDI: Cure Domiciliari Integrate

CP: Cure Prestazionali

DP: Dimissione Protetta

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria

LIVEAS: Livelli Essenziali di Assistenza Sociale

MMG: Medico di Medicina Generale (**=MAP:** Medico di Assistenza Primaria)

PAI: Piano Assistenziale Individualizzato

PAT: Programma delle Attività Territoriali

PdZ: Piano di Zona

PLS: Pediatria di Libera Scelta

PO: Presidio Ospedaliero

PP: Progetto Personalizzato

PUA: Porta Unitaria di Accesso

SAD (=ADS, ADA): Servizio Domiciliare socio-assistenziale

SVAMA: Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano

UO: Unità Operativa

UVI: Unità di Valutazione Integrata

VMD: Valutazione Multidimensionale

ALLEGATO 2

PRESTAZIONI SANITARIE - TABELLE RIEPILOGATIVE

ASSISTENZA MEDICO SPECIALISTICA

Tab. 1 - Prestazioni MMG/PLS

1. Prima visita domiciliare(compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Valutazione dell'ambiente domestico
8. Prescrizione terapeutica
9. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
10. Prelievo ematico
11. Terapia iniettiva intramuscolare
12. Terapia iniettiva sottocutanea
13. Terapia sottocutanea in infusione
14. Terapia iniettiva endovenosa
15. Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica
16. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
17. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
18. Posizionamento catetere venoso periferico
19. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
20. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
21. Assistenza/Gestione pompa infusionale
22. Irrigazione dell'orecchio
23. Verifica parametri nutrizionali
24. Anamnesi dietologica
25. Formulazione dieta personalizzata
26. Valutazione della disfagia
27. Medicazioni semplici(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
28. . Medicazioni complesse(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
29. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
30. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
31. Toilette lesioni/ferita superficiale
32. Toilette lesioni/ferita profonda
33. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
34. Svuotamento di ematomi
35. Incisione con drenaggio sottocutaneo
36. Drenaggio raccolta asessuale
37. Bendaggio elastocomprendivo
38. Anestesia locale
39. Sutura ferite
40. Rimozione dei punti/graff di sutura
45. Emotrasfusione
46. Broncoaspirazione
47. Controllo parametri ventilatore
48. Prelievo di sangue capillare
49. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie(es. urine, esame colturale ecc.)
50. Sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone
51. Posizionamento/sostituzione SNG
52. ECG
53. Posizionamento/Sostituzione/Gestione Cateterismo Vescicale
54. Valutazione del ristagno vescicale
55. Esplorazione rettale
56. Gestione di cateterismo sovrappubico o altre derivazioni urinarie
57. Colloquio con familiare/care giver
58. Colloquio con il medico curante
59. Colloquio con medico specialista
60. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
62. Consulenze specialistiche
63. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalità civile
64. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2 Prestazioni dei Medici Specialistici

Tab. 2.1 Prestazione di Geriatria – Medicina Interna

1. Prima visita domiciliare(compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmata di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
8. Prescrizione ausili e protesi
9. Prescrizione terapeutica
10. Istruzione del caregiver alla gestione di una terapia
11. Prelievo ematico
12. Terapia iniettiva intramuscolare
13. Terapia iniettiva sottocutanea
14. Terapia sottocutanea in infusione
15. Terapia iniettiva endovenosa
16. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
17. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
18. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
19. Posizionamento catetere venoso periferico
20. Posizionamento cateterino sottocutaneo
21. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
22. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
23. Assistenza/Gestione pompa infusione
24. Irrigazione dell'orecchio
25. Verifica parametri nutrizionali
26. Anamnesi dietologica
27. Formulazione dieta personalizzata
28. Valutazione della disfagia
29. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
30. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
31. Medicazioni semplici(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
32. Medicazioni complesse(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
33. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
34. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
35. Toilette lesioni/ferita superficiale
36. Toilette lesioni/ferita profonda
37. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
38. Svuotamento di ematomi
39. Incisione con drenaggio sottocutaneo
40. Drenaggio raccolta asessuale
41. Bendaggio elastocompressivo
42. Anestesia locale
43. Anestesia periferica tronculare
44. Infiltrazione punti trigger
45. Sutura ferite
46. Rimozione dei punti/graff di sutura
47. Emotrasfusione
48. Toracentesi
49. Paracentesi
50. Artrocentesi
51. Sostituzione cannula tracheale
52. Broncoaspirazione
53. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
54. Controllo parametri ventilatore
55. Prelievo di sangue capillare
56. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie(es. urine, esame colturale ecc.)
57. Sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone
58. Posizionamento/sostituzione SNG
59. ECG
60. Posizionamento/Sostituzione/Gestione Cateterismo Vescicale
61. Valutazione del ristagno vescicale
62. Esplorazione rettale
63. Gestione di cateterismo sovrappubico o altre derivazioni urinarie
64. Impostazione dialisi peritoneale
65. Colloquio con familiare/care giver

66. Colloquio con il medico curante
67. Colloquio con medico specialista
68. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
69. Consulenze specialistiche
70. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalità civile
71. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2.2 - Prestazione di Medicina fisica e riabilitativa

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Esecuzione di test / scale di valutazione (FIM)
4. Definizione del trattamento riabilitativo in sede di Unità di valutazione
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
7. Prescrizione ausili e protesi
8. Monitoraggio periodico dell'andamento del trattamento
9. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
10. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
11. Istruzione del caregiver alla gestione di una terapia
12. Colloquio con familiare/care giver
13. Colloquio con il medico curante
14. Colloquio con medico specialista
15. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
16. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalità civile
17. Consulenze specialistiche
18. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2.3 – Prestazione di Medico specialista esperto in cure palliative-anestesista rianimatore

1. Prima visita domiciliare (compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Prescrizione terapeutica
8. Istruzione del caregiver alla gestione di una terapia
9. Educazione del caregiver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci (pompe, elastomeri, altro)
10. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
11. Prescrizione ausili e protesi
12. Monitoraggio dei sintomi
13. Terapia iniettiva intramuscolare
14. Terapia iniettiva sottocutanea
15. Terapia sottocutanea in infusione
16. Terapia iniettiva endovenosa
17. Terapia infusione con necessità di sorveglianza medica
18. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
19. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
20. Posizionamento catetere venoso periferico
21. Posizionamento cateterino sottocutaneo
22. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
23. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
24. Assistenza/Gestione pompa infusione
25. Gestione cateteri spinali
26. Istillazione genitourinaria
27. Irrigazione dell'orecchio
28. Valutazione della disfagia
29. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
30. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
31. Prelievo ematico
32. Prelievo di sangue capillare
33. Esecuzione altre indagini biomorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
34. Medicazioni semplici (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
35. Medicazioni complesse (lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
36. Toilette lesioni/ferita superficiale
37. Toilette lesioni/ferita profonda

38. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
39. Svuotamento di ematomi
40. Incisione con drenaggio sottocutaneo
41. Anestesia locale
42. Anestesia periferica tronculare
43. Infiltrazione punti trigger
44. Sutura ferite
45. Rimozione dei punti/graff di sutura
46. ECG
47. Sostituzione cannula tracheale
48. Broncoaspirazione
49. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
50. Posizionamento/sostituzione SNG
51. Sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone
52. Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicole
53. Valutazione del ristagno vescicole
54. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
55. Impostazione dialisi peritoneale
56. Controllo parametri ventilatori
57. Esplorazione rettale
58. Paracentesi
59. Toracentesi
60. Artrocentesi
61. Emotrasfusione
62. Colloquio con familiare/care giver
63. Colloquio con il medico curante
64. Colloquio con medico specialista
65. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
66. Consulenze specialistiche
67. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
68. Visita di cordoglio – Supporto al lutto
69. Rendicontazione dell'attività svolta

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Tab. 3 – Prestazioni Infermieristiche

1. Prima visita domiciliare(compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico infermieristico
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Educazione del care giver alle attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
8. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
9. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci(pompe, elastomeri, altro)
10. Valutazione dell'ambiente domestico
11. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
12. Applicazioni di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
13. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
14. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
15. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
16. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
17. Prelievo ematico da sangue capillare (dtx)
18. Prelievo ematico
19. Esecuzione altre indagini biumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
20. Gestione tracheotomia
21. Educazione del care giver alla broncoaspirazione
22. Broncoaspirazione
23. Medicazioni semplici(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
24. Medicazioni complesse(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
25. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
26. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
27. Toilette lesioni/ferita superficiale
28. Terapia iniettiva intramuscolare
29. Terapia iniettiva sottocutanea

30. Terapia sottocutanea in infusione
31. Terapia iniettiva endovenosa
32. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
33. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
34. Posizionamento catetere venoso periferico
35. Posizionamento cateterino sottocutaneo
36. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
37. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
38. Assistenza/Gestione pompa infusione
39. Gestione cateteri spinali
40. Istillazione genitoruinaria
41. Irrigazione dell'occhio
42. Irrigazione dell'orecchio
43. Valutazione della disfagia
44. Posizionamento / sostituzione SNG
45. Gestione SNG
46. Valutazione del ristagno gastrico
47. Somministrazione di terapia tramite SNG – PEG
48. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
49. Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicole
50. Valutazione del ristagno vescicole
51. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
52. Impostazione dialisi peritoneale
53. Gestione alvo (intervento educativo igienico – alimentare)
54. Gestione alvo (Clistere evacuativo Evacuazione manuale)
55. Esplorazione rettale
56. Gestione enterostomie
57. Gestione drenaggi
58. Irrigazione intestinale
59. Gestione derivazioni urinarie
60. ECG
61. Colloquio con familiare/care giver
62. Colloquio con il medico curante
63. Colloquio con medico specialista
64. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
65. Visita di cordoglio – Supporto al lutto
66. Rendicontazione dell'attività svolta

ASSISTENZA RIABILITATIVA

Tab. 4 Prestazioni Riabilitative

Tab. 4.1 – Prestazioni Fisioterapiche

1. Esecuzione di test / scale di valutazione (FIM)
2. Valutazione dell'ambiente domestico
3. Istruzione utilizzo ausili e protesi
4. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambinetale
5. Educazione del care giver ad interventi adattivi che rendano più sicuri e fruibili gli ambienti domestici
6. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
7. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
8. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
9. Compilazione diario clinico
10. Trattamento di rieducazione motoria del paziente emiplegico
11. Trattamento di rieducazione motoria del paziente ortopedico
12. Trattamento di rieducazione motoria del paziente amputato
13. Trattamento di rieducazione globale del paziente portatore di patologia neurodegenerativa
14. Rieducazione respiratoria
15. Rieducazione alla tosse assistita
16. Trattamento di rieducazione respiratoria
17. Trattamento di rieducazione alla tosse assistita
18. Terapia fisica
19. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
20. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
21. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
22. Colloquio con familiare/care giver
23. Contatto con lo specialista

24. Rendicontazione attività svolta

Tab. 4.2 - Logopedia

1. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo afasico
2. Valutazione delle alterazione del linguaggio di tipo disartico
3. Esecuzione di test / scale di valutazione
4. Stesura di un piano assistenziale
5. Rieducazione al linguaggio
6. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
7. Monitoraggio del disturbo
8. Valutazione della disfagia
9. Colloquio con familiare/care giver
10. Colloquio con lo specialista
11. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
12. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 4.3 - Terapista Occupazionale

1. Stesura di un piano assistenziale
2. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
3. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
4. Colloquio con familiare/care giver
5. Colloquio con lo specialista
6. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
7. Rendicontazione dell'attività svolta

EDUCAZIONE ALL'ALIMENTAZIONE

Tab. 5 Prestazioni del dietista

1. Anamnesi dietologica
2. Verifica parametri nutrizionali
3. Formulazione dieta personalizzata
4. Valutazione disfagia
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Istruzione alla preparazione di dieta a consistenza modificata
7. Istruzione alla somministrazione dei pasti con posture facilitanti
8. Monitoraggio del disturbo disfagico
9. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale entrale
10. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
11. Istruzione alla gestione domiciliare di un programma di nutrizione entrale
12. Istruzione alla gestione di una sonda nutrizionale
13. Somministrazione di terapia tramite SNG –PEG
14. Monitoraggio del programma nutrizionale
15. Valutazione del ristagno gastrico
16. Contatti con gli specialisti
17. Colloquio con il familiare / caregiver
18. Contatti con i medici di medicina generale
19. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
20. Rendicontazione dell'attività svolta
21. Consulenze

ASSISTENZA PSICOLOGICA

Tab. 6 Prestazioni dello psicologo

1. Terapia di supporto ai pazienti e ai familiari
2. Consulenza individuale agli operatori delle equipe
3. Attività di supervisioni di equipe
4. Colloqui per sostegno ed elaborazione del lutto

ASSISTENZA ALLA PERSONA

Tab. 7 OSS

1. Igiene personale a persone allettate o con lesioni cutanee
2. Bagno assistito
3. Posizionamento e mobilizzazione
4. Supporto alle prestazioni infermieristiche
5. Bagno a letto (allettato./con disabilità fisiche gravi)
6. Bagno complesso in vasca/doccia (non autosufficiente)
7. Rimessa a letto complessa (carrozzina/non deambulante)
8. Mobil passiva semplice e al letto
9. Deambulazione. Assistita
10. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
11. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
12. Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore, lagnanze etc) e registrazione in cartella x MMG
13. Somministrazione farmaci per os e registrazione in cartella
14. Piccole medicazioni, prevenzione piaghe
15. Controllo parametri vitali e indici corporei con apparecchi sanitari di semplice uso e registrazione in cartella.
16. Prevenzione incidenti domestici
17. Lavaggio dei capelli a letto (allettato non collaborante)
18. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
19. Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore, lagnanze etc) e registrazione in cartella x MMG

ALLEGATO 3

PRESTAZIONI SOCIALI - TABELLE RIEPILOGATIVE

Tab .1 AREA CURA DELLA CASA/PRESTAZIONI DOMESTICHE

- Spesa e preparazione pasti (O.S.A.)
- Igiene della casa ordinaria e straordinaria (O.S.A.)
- Lavaggio, stiratura e riordino della biancheria (O.S.A.)

Tab.2 AREA DISBRIGO PRATICHE/ACCOMPAGNAMENTI/AIUTI ECONOMICI/VIGILANZA

- Telefonia sociale (operatore amministrativo)
- Accompagnamento per pratiche socio-assistenziali (Assistente Sociale – O.S.A.)
- Svolgimento commissioni (O.S.A. – Volontari)
- Sostegno per la fornitura o l'acquisto, su richiesta, di alimentari, di indumenti, biancheria e di generi diversi, nonché di strumenti o ausili per favorire l'autonomia (O.S.A. – Volontari)
- Accompagnamento semplice, breve o lungo, per la vita di relazione e nell'accesso ai servizi (Volontari)
- Accompagnamento con trasporto, breve o lungo, per esigenze sanitarie, visite mediche, accertamenti diagnostici (O.S.A.)
- Prestazioni di aiuti economici (Assistente Sociale)
- Vigilanza e compagnia, anche per sollievo familiare (O.S.A. – Volontari)
- Telesoccorso e telecontrollo (assistente sociale – psicologo – medico)

Tab.3 AREA TUTORAGGIO EDUCATIVO

- Supporto ai problemi di apprendimento e integrazione scolastica dei minori diversamente abili (Educatore Prof.)
- Sostegno educativo alla coppia genitoriale o al singolo genitore nei riguardi del figlio minore diversamente abile (Educatore Professionale)
- Sostegno ed indirizzo rispetto alla gestione familiare in presenza di figli diversamente abili che necessitano di ausilio sul piano dei processi di socializzazione (Assistente Sociale)
- Attività di sostegno psico-sociale (Psicologo)
- Aiuto nella fruizione di opportunità e servizi diretti ai minori (Tutor – Volontari)
- Sostegno ed accompagnamento all'interno di un progetto di recupero relazionale ed educativo (Psicologo – Educatore Professionale)

Tab .4 AREA ASSISTENZA TUTELARE E AIUTO INFERMIERISTICO

Alzata a elevata complessità assistenziale (allettato/non collaborante) (OSA)
Alzata a media complessità assistenziale (carrozzina/limiti nella deambulazione) (OSA)
Alzata semplice (parzialmente autonomo, deambulazione assistita) (OSA)
Igiene orale (incluso nell'alzata) (OSA)
Rifacimento letto e cambio biancheria (incluso nell' alzata) (OSA)
Igiene intima a letto di media /alta complessità assistenziale (OSS)
Igiene intima in bagno di semplice complessità assistenziale (OSA)
Lavaggio dei capelli a letto (allettato/non collaborante) (OSS)
Lavaggio dei capelli in bagno in caso di semplice complessità assistenziale (OSA)
Igiene dei piedi (OSA)
Bagno a letto (allettato/con disabilità fisiche gravi) (OSS)
Bagno complesso in vasca /doccia (non autosufficiente ma che può essere accompagnato in bagno) (OSS)
Bagno semplice (parzialmente autosufficiente deambulazione assistita) (OSA)
Rimessa a letto complessa (carrozzina/non deambulante) (OSS)
Rimessa a letto semplice (parzialmente autonomo/deambulazione assistita) (OSS)
Mobilizzazione passiva semplice e a letto (OSS)
Deambulazione assistita (OSS)
Preparazione e aiuto assunzione del pasto /cena (OSA)
Preparazione e aiuto assunzione della colazione (OSA)
Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG (OSA-OSS)
Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore, lagnanze etc) e registrazione in cartella per MMG (OSA-OSS)
Somministrazione farmaci per orale e registrazione in cartella (OSS)
Piccole medicazioni , prevenzione piaghe (OSS)
Controllo parametri vitali e indici corporei con apparecchi sanitari di semplice uso e registrazione in cartelle (OSS)
Prevenzione incidenti domestici (OSS)

SERVIZI E PRESTAZIONI DOMICILIARI
COME DEFINITI NEL NOMENCLATORE
E NEL REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE DELLA LR 11/07

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON SERVIZI SANITARI	
TIPOLOGIA	Il servizio di assistenza domiciliare integrata consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento. L'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare avviene attraverso la Unità di Valutazione Integrata. Il soggetto erogatore, per essere abilitato, dovrà avere un'esperienza di almeno tre anni nel settore per il quale si richiede l'autorizzazione, maturata nell'ultimo quinquennio precedente alla data di presentazione della dichiarazione di cui all'art. 11.
PRESTAZIONI	Il servizio comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale e sanitario che si articolano per aree di bisogno. Esso è rivolto prevalentemente a persone affette da malattie croniche invalidanti e/o progressivo-terminali. Il servizio può comprendere prestazioni, quali: - aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane; - infermieristiche; - riabilitative e riattivanti, da effettuarsi sotto il controllo del personale medico; - sostegno alla mobilità personale.
ORGANIZZAZIONE	Il servizio di assistenza domiciliare integrata deve articolarsi in maniera da garantire la massima fruibilità da parte di tutti i cittadini, prevedendo la presenza del servizio per ognuno degli ambiti territoriali.
PERSONALE	Operatori socio – sanitari e altre figure eventualmente necessarie in funzione dei Progetti personalizzati di intervento definiti dalla UVI.

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO - ASSISTENZIALE	
TIPOLOGIA	Il servizio di assistenza domiciliare consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione. Il servizio comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale articolate per aree di bisogno: assistenza domiciliare socio-educativa per minori e famiglie, assistenza domiciliare per diversamente abili, assistenza domiciliare per anziani.
PRESTAZIONI	Sono prestazioni di assistenza domiciliare: - aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane; - sostegno alla funzione educativa genitoriale; - sostegno alla mobilità personale; - prestazioni di aiuto per famiglie che assumono compiti di accoglienza e di cura di Diversamente abili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani. Le attività di assistenza consistono in: - aiuto per l'igiene e la cura della persona; - aiuto per la pulizia della casa; - lavaggio e cambio della biancheria; - preparazione dei pasti; - aiuto nello svolgimento di pratiche amministrative e di accompagnamento

	<p>presso uffici;</p> <ul style="list-style-type: none"> - sostegno per la fornitura o l'acquisto, su richiesta, di alimentari, indumenti, biancheria e di generi diversi nonché di strumenti o tecnologie per favorire l'autonomia; - attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali; - tutoraggio educativo; - attività di sostegno psicologico.
ORGANIZZAZIONE	Il servizio di assistenza domiciliare deve articolarsi in maniera da garantire la massima fruibilità da parte di tutti i cittadini, prevedendo la presenza del servizio per ognuno degli Ambiti territoriali.
PERSONALE	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatore del servizio in possesso di uno dei seguenti titoli di laurea: psicologia, sociologia, scienze dell'educazione, scienze del servizio sociale; - Operatori in possesso di idonea qualifica professionale compresa in atti che definiscono il sistema delle professioni sociali della regione Campania; - Altre figure eventualmente necessarie in funzione del piano individualizzato assistenziale/educativo.

TELEFONIA SOCIALE

TIPOLOGIA	Il servizio di Telefonia Sociale è un servizio finalizzato a limitare la condizione d'isolamento nella quale le persone ultrasessantenni possono trovarsi per situazioni tanto di disagio ambientale e socio-economico quanto di precarietà delle condizioni di psico-fisiche. Il servizio tende a limitare il rischio di emarginazione sociale, condizione che spesso caratterizza gli anziani anche autosufficienti, orientandoli e fornendo informazioni che favoriscano la continuità delle relazioni sociali e la comunicazione con il sistema dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari territoriali.
PRESTAZIONI	<p>Sono prestazioni di assistenza domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività di attivazione di un numero verde; - attività di messa in rete del servizio con i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari territoriali; - attività di orientamento ed informazione; - attività di sostegno ed ascolto.
PERSONALE	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatore del servizio Operatori adeguatamente formati (es. Tecnico dell'Accoglienza Sociale) Assistente Sociale

TELESOCORSO

TIPOLOGIA	Il servizio di Telesoccorso ha per finalità quella di garantire risposte immediate agli anziani che vivono in contesti ambientali isolati, che sono soli e che, per precarie condizioni di salute, potrebbero trovarsi uno stato di emergenza e di bisogno. Al servizio accedono, prioritariamente, gli anziani che, dotati dell'idonea apparecchiatura, si trovano in situazione sia socio-economica che sanitaria particolarmente disagiata. Attraverso un'apposito apparecchio, in caso di necessità, l'anziano invia un segnale di allarme alla centrale che, ricevuta la segnalazione, attiva tempestivamente l'intervento di pronto soccorso. Il servizio di Telesoccorso svolge, sostanzialmente, azioni di sorveglianza telematica e di teleassistenza.
PRESTAZIONI	<p>Sono prestazioni di assistenza domiciliare:</p> <ul style="list-style-type: none"> - attività di attivazione della Centrale Operativa; - attività di distribuzione, attivazione e controllo dell'apparecchio brevettato - attività di sorveglianza telematica e pronto intervento 24 ore su 24; - attività di sostegno e ascolto.
PERSONALE	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinatore del servizio - Operatori adeguatamente formati (es. Tecnico dell'Accoglienza Sociale) - Assistente Sociale

ALLEGATO 4

PROTOTIPO SCHEDA DI ACCESSO AL SISTEMA DEI SERVIZI



Giunta Regionale Campania
Assessorato alla Sanità e
Assessorato alle Politiche Sociali

logo asl

logo ambito

set minimo per
scheda di accesso P.U.A.
al sistema dei servizi

A.S.L. :		Distretto:	Ambito:
Punto di accesso:	U.O.distrettuale specificare: <input type="checkbox"/> M.M.G/P.L.S. <input type="checkbox"/> SEGR.SOCIALE <input type="checkbox"/>	Data scheda	___/___/___
N°iferimento interno		Codice Identificativo univoco (generato dal sistema informativo sociale e sanitario)	
Richiesta di segnalazione a cura di:			
<input type="checkbox"/> familiare /parente <input type="checkbox"/> componente della rete informale <input type="checkbox"/> tutore giuridico <input type="checkbox"/> U.O. ospedaliere: _____ <input type="checkbox"/> u.o. distrettuali : _____ <input type="checkbox"/> strutture residenziali : _____ <input type="checkbox"/> altri servizi sociali dell'ambito territoriale: _____ <input type="checkbox"/> altro: _____			
dati dell'assistito			
Cognome		Nome	
Data nascita	___/___/___	Genere	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Luogo Nascita		Codice Fiscale/STP	
Indirizzo dell'Assistito:			
Recapiti Telefonici			
Comune di residenza		Stato estero assistito	
Regione di residenza dell'assistito		A.s.l. di residenza dell'assistito	
Medico dell'assistito: mmg <input type="checkbox"/> pls <input type="checkbox"/>	nome:	cognome:	asl _____ distretto _____
	Indirizzo:		
Utente già in carico	Servizi sociali <input type="checkbox"/> Servizi sanitari <input type="checkbox"/> Altro (specificare) <input type="checkbox"/>	Attualmente fruisce di servizi:	Servizi sociali Servizi sanitari Altro (specificare)

EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA	
COGNOME e NOME _____	
VIA _____	COMUNE _____
TELEFONO _____	RUOLO _____

PROFILO PERSONALE

Stato civile				
1 <input type="checkbox"/> celibe/nubile	2 <input type="checkbox"/> coniugato/a	3 <input type="checkbox"/> separato/a	4 <input type="checkbox"/> divorziato/a	5 <input type="checkbox"/> vedovo/a
7 <input type="checkbox"/> convivente	8 <input type="checkbox"/> non dichiarato			

Condizione lavorativa		
<input type="checkbox"/> Occupato/a	<input type="checkbox"/> occupazione stabile <input type="checkbox"/> occupazione temporanea <input type="checkbox"/> occupazione precaria	<input type="checkbox"/> in forma dipendente <input type="checkbox"/> in forma autonoma
<input type="checkbox"/> disoccupato/a <input type="checkbox"/> pensionato/a <input type="checkbox"/> cassintegrato/a		
Altro (Specificare).....		

RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE:

Assistenza domiciliare Semiresidenziale
 Ricovero in strutt. residenziale
 Ricovero in strutt.
 Contributo economico
 Altro (specificare)

BISOGNO RILEVATO DALL'OPERATORE :

PRIMA VALUTAZIONE

bisogno semplice: sociale sanitario Bisogno complesso Caso urgente

ATTIVAZIONE DEI SERVIZI:

SERVIZI ATTIVATI: sociale
 sanitario
 invio al percorso integrato /attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

RUOLO / FIRMA OPERATORE.....

Consenso informato

Il Sottoscritto _____ in qualità di
(specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003

SI NO

Luogo e Data _____

Firma _____

ALLEGATO 5

RIEPILOGO RIFERIMENTI NORMATIVI

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
<u>Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (DPR 23 luglio 1998)</u>	Estratto: L'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale: l'integrazione socio-sanitaria e l'assistenza domiciliare integrata
<u>Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni</u>	"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 legge 23 ottobre 1992 n. 421" Estratto artt. 3-quater, 3-quinquies, 3-sexies, 3-septies, 3-octies
<u>Legge 26 febbraio 1999, n. 39:</u>	"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000"
<u>D.M. 28 settembre 1999</u>	"Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative"
<u>D.P.C.M. 20 gennaio 2000:</u>	"Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative"
<u>Legge 8 novembre 2000, n. 328</u>	"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" - Estratto artt. 8 (Funzioni delle regioni) e 22 (Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)
<u>Legge 8 febbraio 2001, n. 12</u>	"Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore"
<u>D.P.C.M. 14 febbraio 2001</u>	"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"
<u>Legge 16 novembre 2001, n. 405</u>	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria"
<u>D.P.C.M. 29 novembre 2001</u>	"Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Estratto (All. 1, 1B e 1C)
<u>Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (DPR 7 luglio 2006)</u>	Estratto: 3.9 (il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura), 3.10 (la rete per le cure palliative), 5.3 (la non autosufficienza: anziani e disabili)
<u>Documento commissione LEA il 18 ottobre 2006</u>	"Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" approvato dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA
<u>Decreto Ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43</u>	Regolamento recante: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311"
<u>Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008</u>	"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"
<u>Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008</u>	"Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali"
<u>Accordo Collettivo Nazionale 27 maggio 2009</u>	<u>Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale</u> , approvato il 27 maggio 2009 (testo integrato con l'ACN 23 marzo 2005)
<u>Nuovo patto per la salute- approvato in Conferenza Stato regioni il 3 dicembre 2009</u>	Il Patto per la Salute-approvato dalla Conferenza Stato-Regio del 3 dicembre 2009- è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
<i>Legge Regionale 24/2006</i>	Piano ospedaliero regionale
<i>L.R. 11/07</i>	"Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della Legge 8 novembre 2000, N. 328"
<i>Regolamento di attuazione della L..R. 11/2007 - DPGR n.16 del 23.11.09 (BURC n.71 del 30.11.09)</i>	"Autorizzazione, Accreditamento e Vigilanza delle strutture e dei soggetti che provvedono alla gestione e all'offerta del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali"
<i>Decreto commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario n. 49 del 27 /09/2010</i>	"riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro" , con il quale sono definite le aree prioritarie di intervento per la riorganizzazione della rete territoriale con particolare riguardo al sistema delle cure domiciliari.

PRODUZIONE DELIBERATIVA CONGIUNTA

TRA SETTORE SANITARIO E SETTORE POLITICHE SOCIALI

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
<i>D.G.R. n. 3767 del 31/07/2001</i>	"Integrazione socio sanitaria: recepimento D.P.C.M. 14/02/2001 e costituzione Commissione regionale di studio
<i>D.G.R. n. 1082 del 15/03/2002</i>	"D.P.C.M. 29/11/2001 concernente i Livelli Essenziali di Assistenza : disposizioni attuative"
<i>D.G.R. n. 3890 del 02/08/2002:</i>	"D.P.C.M. 29/11/2001 concernente i LEA: compartecipazione alla spesa socio sanitaria per l'anno 2002 e proroga dei termini D.G.R. n. 1082 del 15/03/2002"
<i>D.G.R. n. 6467 del 30/12/2002:</i>	"D.P.C.M. 29/11/2001: Indirizzi regionali di programmazione a Comuni ed AA.SS.LL. per un sistema integrato di interventi e servizi socio sanitari per l'anno 2003"
<i>D.G.R.C. 2006 del 5.11.04</i>	Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale,semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della l.r. 22 aprile 2003 n°8
<i>D.G.R.C. n. 38 del 18.1.06</i>	Ricognizione dello stato di attuazione degli adempimenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 (Repertorio n. 2174) e indirizzi programmatici per l'integrazione sociosanitaria
<i>-D.G.R.C. 1843 del 9 dicembre 2005 ?</i>	Equilibrio economico delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e della Fondazione Pascale. Disposizioni per la programmazione 2006 - 2008.
<i>-Circolari assessorili n.3648/2006 e 3063/2006</i>	Con la circolare a firma congiunta degli Assessori alle Politiche Sociali e alla Sanità n. 3648 e del 29.09.2006 e n.3063 del 21.07.2006 gli Ambiti territoriali e le Aziende Sanitari Locali hanno ricevuto indicazioni precise sia in merito alla programmazione degli interventi sia in merito alla garanzia della continuità assistenziale .
<i>DGR 964 del 14.7.06</i>	"Linee d'indirizzo e schede per la presentazione dei Piani delle Attività Territoriali"
<i>DGR 1811 del 12.10.07</i>	Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per

	l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali – Adempimento ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007
<i>DGR 210 del 6.2.09</i>	"Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013"

PRODUZIONE DELIBERATIVA DEL SETTORE SANITARIO

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
<i>D.G.R.C 5744/2000</i>	"Obiettivi ex art. 1 commi 34 e 34 bis, L.662/96 " Miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali; Potenziamento delle cure domiciliari, art. 1 comma 6 L.39/99.
<i>D.G.R.C 2106/2004</i>	"Obiettivi ex art. 1 commi 34 e 34 bis, L.662/96 " Miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali; Potenziamento delle cure domiciliari, art. 1 comma 6 L.39/99.
<i>Circolare applicativa n. Prot. 933749 del 05/11/2007</i>	alla D.G.R.C. n. 1813 del 12/10/2007 Programma delle Attività Territoriali
<i>D.G.R.C 476 del 24 marzo 2004 e D.G.R.C. 2040 del 13 dicembre 2006</i>	Progetto di monitoraggio ed informatizzazione dei l.e.a. erogati ai sensi del d.p.c.m. 29/11/2001..
<i>D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007</i>	"Approvazione del Piano di Rientro del disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo Stato-Regioni ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004".
<i>D.G.R.C 1155 del 29.06.2007:</i>	"Programmazione del potenziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, utilizzando anche la riconversione dei presidi ospedalieri dismessi"(ob. 15 Piano di rientro ai sensi della delibera 460 del 20.03.2007)
<i>D.G.R.C 2310 /2007</i>	Azioni di supporto tecnico alle AA.SS.LL. in materia di riqualificazione del sistema di erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro approvato con D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007.
<i>D.G.R.C. 3329 del 21 novembre 2003</i>	Linee Guida per l'attivazione della rete integrata di assistenza ai malati terminali tra gli hospice, i servizi e le strutture esistenti sul territorio preposti alle cure palliative
<i>D.G.R.C. n. 38 del 18.1.06</i>	Ricognizione dello stato di attuazione degli adempimenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 (Repertorio n. 2174) e indirizzi programmatici per l'integrazione sociosanitaria
<i>-D.G.R.C. 1843 del 9 dicembre 2005</i>	Equilibrio economico delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e della Fondazione Pascale. Disposizioni per la programmazione 2006 - 2008.
<i>D.G.R .C . n. 1098 del 22 giugno 2007</i>	Approvazione del documento "Linee-guida per l'assistenza domiciliare oncologica".
<i>D.G.R .C. n. 1370 28 agosto 2008</i>	Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2007 (Estratto) e Deliberazione n. 1284 del 22 luglio 2009 – Fondo sanitario nazionale. Quote a destinazione vincolata. Obiettivi di Piano anno 2007 (art. 1, c.34, L. 662/96).Modifica risorse finanziarie per le attività progettuali di cui alla DGR n. 1613 del 15/10/2007.(
<i>D.G.R.C. n. 858 del 8 maggio 2009</i>	- Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Approvazione di specifiche progettualità per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006.

D.G.R.C. n. 995 del 22 maggio 2009	- Obiettivi di carattere-prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96.-Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art.4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2009.
D.G.R.C. n. 1091 del 12 giugno 2009	– Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2008. Modifica ed integrazione D.G.R. 996 del 22/05/2009
D.G.R.C. N.476 DEL 25 MARZO 2004	il "Progetto per il monitoraggio e l'informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29.11.2001",
D.G.R.C N. 2040' DEL 12 DICEMBRE 2006	-Progetto per il monitoraggio e l'informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M 29.11.2001. Seconda Fase Livelli Essenziali di Assistenza Socio Sanitaria, progetti personalizzati di assistenza
D.G.R.C N.2105 DEL 31 DICEMBRE 2008	Monitoraggio ed Informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29.11.2001.Presa d'atto dei risultati del Progetto di monitoraggio LEA SOCIO SAN e definizione del percorso di stabilizzazione del sistema di rilevazione denominato LEA SOCIO SAN.

**PRODUZIONE DELIBERATIVA
DEL SETTORE POLITICHE SOCIALI**

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
DG.R. n°1467 del 18.09.2008 e s.m.(1907 del 5.12.08)	"L.296/06 - Fondo per le Non Autosufficienze - Programmazione e criteri di Riparto" (Fondo 2007 vincolato a progetti delle UVI – 60% all'ADI anziani)
D.G.R. N°694 del 16.04.2009	"Piano Sociale Regionale 2009-2011 (Legge Regionale n.11/2007). cap. 2.6.1 : Assistenza Domiciliare Integrata"
DGR 1200 del 3.7.09	"Approvazione Linee d'Indirizzo per l'attuazione delle attività relative agli obiettivi operativi PO FSE ... e PO FESR...2007-2013" (parte delle risorse è destinata all'Obiettivo ADI)
Con DGR 1317 del 31.7.09	"Organizzazione dei Servizi di Segretariato Sociale e Porta Unica di Accesso"
DGR 1318 del 31.7.09	"Approvazione di Campania Sociale Digitale, Piano di azione per realizzare il sistema informativo "
D.G.R. n°1424 del 03.09.09	"Programmazione risorse finanziarie afferenti al Fondo Sociale Regionale." (100% Fondo Non Autosufficienze 2008 vincolato a progetti UVI per ADI anziani)
D.G.R. n°1470 del 18.09.09	"Piano Sociale Regionale. Approvazione disposizioni operative per la gestione della fase di transizione alla programmazione sociale" (Destinate all'A.D.I. per anziani il 100% delle risorse residue 2007 del Fondo Non Autosufficienze assegnate ma non spese)
D.D. n. 871 del 28.10.09.	"Indicazioni Operative per la Presentazione dei Piani di Zona triennali in applicazione del I Piano Sociale Regionale" (con nomenclatore dei servizi)