



## **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

- 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;

# **IL SISTEMA DEI SERVIZI DOMICILIARI IN CAMPANIA**

## **LINEE GUIDA 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

## 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*<sup>2</sup>
- 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”*.<sup>3</sup>

### **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:

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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);

- 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 programmatici, 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 contesto 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".

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)
<b>CD prestazionali</b> (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico funzionale		No		Infermiere (min.15-max30') della Professionisti riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
<b>CD integrate di primo livello</b> (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	Si	180 giorni	Infermiere (max: 30') della Professionisti riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
<b>CD integrate di secondo livello</b> (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	Si	180 giorni	Infermiere (min.30-max.45') della Professionisti 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
<b>CD integrate di terzo livello</b> (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	In relazione al bisogno espresso	90 giorni	Infermiere (60') della Professionisti riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi

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

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.

### **2.3 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 sociale<sup>8</sup>.

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 competente<sup>9</sup> 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.

<sup>8</sup> 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."

<sup>9</sup> Laddove previsto, anche referente UVI del Distretto

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).

- 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)

### **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;

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 Digitale<sup>10</sup>, l'istituendo sistema informativo dei servizi sociali, dal gennaio 2010 ha iniziato la sperimentazione del flusso del SINA<sup>11</sup>, 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 alla 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

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

<sup>11</sup> Sistema Informativo per la Non Autosufficienza

## **ALLEGATO 1**

### **GLOSSARIO SOCIO SANITARIO PER LE CURE DOMICILIARI**

	attività di base della vita quotidiana, quanto per lo svolgimento di attività strumentali.
<b>Attività socio-sanitarie</b>	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.
<b>Appropriatezza</b>	<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 cose giuste e nella sede giusta.</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>
<b>Autosufficienza e "non autosufficienza"</b>	<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"> <li>▪ 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;</li> <li>▪ 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.</li> </ul>
<b>Bisogno</b>	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.
<b>Buono servizio</b>	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.
<b>Carta dei servizi</b>	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.
<b>Cooperativa sociale</b>	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.
<b>Care giver o referente familiare</b>	<p>Espressione di origine anglosassone che significa letteralmente "donatore di cura"; 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>

	essere erogate da un'equipe in possesso di specifiche competenze.
<b>Cure palliative</b>	<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>
<b>Cure prestazionali</b>	<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 <b>non richiedono la valutazione multidimensionale</b> 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"> <li>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.</li> <li>2. Impossibilità permanente o temporanea a deambulare, impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con i comuni mezzi.</li> </ol>
<b>Dimissione protetta</b>	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.
<b>Disabilità</b>	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'aver 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 interdirla 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.
<b>Disagio</b>	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.

<b>Indice di case-mix</b>	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.
<b>Lavoro di rete</b>	Attività svolta in un regime di cooperazione fra le parti di una stessa équipe 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.
<b>Livelli Essenziali di Assistenza – LEA</b>	<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"> <li>- 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);</li> <li>- 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);</li> <li>- 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).</li> </ul>
<b>LIVEAS (Livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale)</b>	<p>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).</p>
<b>Marginalità</b>	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.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi</li> <li>▪ 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.</li> </ul>
<b>Rete</b>	<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>
<b>Unità di Valutazione Integrata (UVI.)</b>	<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"> <li>▪ M.M.G./PLS e assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;</li> <li>▪ 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.</li> </ul> <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>
<b>Valutazione</b>	<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>
<b>Valutazione dei risultati</b>	<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>
<b>Valutazione ex ante</b>	<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>
<b>Valutazione in itinere</b>	<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>
<b>Valutazione ex post</b>	<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>
<b>Valutazione di impatto</b>	<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 verificano delle modifiche di uno stato di fatto.</p>
<b>Valutazione Multidimensionale</b>	<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>

## **ALLEGATO 2**

### **PRESTAZIONI SANITARIE - TABELLE RIEPILOGATIVE**

**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 elastocomprendente
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 biomorali 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 famiglia/care giver

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 bioumorali 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

#### 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

**ALLEGATO 3**

**PRESTAZIONI SOCIALI - TABELLE RIEPILOGATIVE**

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

<b>ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON SERVIZI SANITARI</b>	
<b>TIPOLOGIA</b>	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.
<b>PRESTAZIONI</b>	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.
<b>ORGANIZZAZIONE</b>	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.
<b>PERSONALE</b>	Operatori socio - sanitari e altre figure eventualmente necessarie in funzione dei Progetti personalizzati di intervento definiti dalla UVI.

<b>ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO - ASSISTENZIALE</b>	
<b>TIPOLOGIA</b>	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.
<b>PRESTAZIONI</b>	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

## **ALLEGATO 4**

### **PROTOTIPO SCHEDA DI ACCESSO AL SISTEMA DEI SERVIZI**

<b>EVENTUALE PERSONA INCARICATA DI TUTELA GIURIDICA</b>	
COGNOME e NOME _____	
VIA _____	COMUNE _____
TELEFONO _____	RUOLO _____

**PROFILO PERSONALE**

<b>Stato civile</b>				
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			

<b>Condizione lavorativa</b>		
<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.

## **ALLEGATO 5**

### **RIEPILOGO RIFERIMENTI NORMATIVI**

## 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

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)