

Torre Del Greco

ORIGINALE

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.000219 DEL

30 APR. 2013

~~~~~

**OGGETTO:** PRESA D'ATTO DEL DOCUMENTO "LINEA GUIDA AI PERCORSI SOCIO SANITARI AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD"

| PUBBLICAZIONE                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                        | ESECUITIVITA'                                                                     |                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <u>AFFISSIONE ALBO</u>                                                                                                                                                                            | <u>RELATA</u>                                                                                                                                                                          | <u>ORDINARIA</u>                                                                  | <u>IMMEDIATA</u>                                                                                                                           |
| <p>La presente deliberazione è affissa in elenco all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda dal</p> <p><b>3 MAG. 2013</b></p> <p>e vi permarrà per 15 giorni consecutivi.</p> <p>L'incaricato</p> | <p>La presente deliberazione è stata affissa in elenco all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione</p> <p>L'incaricato</p> | <p>La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal</p> <p>Il Dirigente</p> | <p>La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.</p> <p>Il Direttore Generale<br/>(Dott. Maurizio D'Amora)</p> |

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Maurizio D'Amora, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 467 del 26.09.2011 e Decreto Presidente Giunta n.198 del 29.09.2011, in esecuzione della legge Regionale n. 16 del 28.11.2008, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione del parere del Direttore Sanitario Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

23 APR 2013

PERVENUTO

REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD  
80059 Torre del Greco (NA)

Oggetto: Presa d'atto del Documento "Linea Guida ai Percorsi Socio Sanitari Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud".

Il Direttore del Coordinamento Socio Sanitario della ASL NA 3 Sud "alla stregua dell'istruttoria compiuta dal U.O.C. Coordinamento Socio Sanitario 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 tecnica ed amministrativa della stessa resa dal Dirigente proponente a mezzo della sottoscrizione della presente";

"dichiara altresì espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità";

"dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla Legge 6 novembre 2012, n. 190", relaziona quanto segue:

Premesso che:

- con nota prot n. 0008580 del 06/02/2013 il Direttore Generale autorizzava il Coordinamento Socio Sanitario ad organizzare delle giornate di lavoro relativamente alla "Applicazione di procedure uniformi ed omogenee del "Percorso sociosanitario";
- che i predetti incontri si sono svolti e conclusi, nei tempi e nei modi diversi, con la partecipazione dei Direttori dei Distretti Sanitari, del Direttore del Dipartimento di Salute Mentale, con la partecipazione dei Responsabili dell'Assistenza Riabilitativa dell'Area A - B, con i Responsabili dei SerT, con i Responsabili delle UU.OO. Assistenza Anziani, Riabilitazione, Materno Infantile, Salute Mentale e con la partecipazione dei Referenti Socio Sanitari distrettuali;

Preso atto che:

- nelle giornate di lavoro si sono evidenziate consistenti difficoltà relative non solo a criticità economiche, organizzative ed operative, ma si sono aggiunte spesso anche quelle di natura interpretativa tra i diversi soggetti coinvolti;
- in questa realtà, di fatto, non esistono ancora dei servizi sociosanitari integrati ed omogenei.

Ritenuto che:

- è indispensabile porre in essere un documento che presenti la "Linea Guida ai Percorsi Socio Sanitari" di questa Azienda.
- tale documento risponde alla necessità di chiarire le modalità organizzative e gestionali dell'erogazione dei servizi che comprendono le attività e i percorsi in essere dell'assistenza nella vasta area socio sanitaria.

Preso atto che:

- tutti gli attori presenti e coinvolti nelle "giornate di lavoro" hanno concordato e sollecitato tale documento per fornire le indicazioni utili a tutti gli operatori dedicati ai fini della realizzazione dell'assistenza integrata.

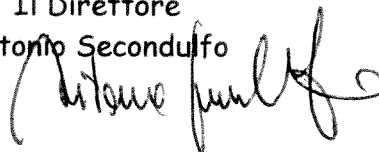
Viste

- le Leggi Sanitarie dello Stato in materia sociosanitaria, quelle Regionale e quelle di questa Azienda rappresentate nel documento allegato che è parte integrante e sostanziale.

#### **Propone al Direttore Generale**

- di prendere atto e di approvare l'accluso documento "Linea Guida ai percorsi Socio Sanitari della Azienda Sanitaria Napoli 3 Sud" che è parte integrante e sostanziale.

Il Direttore  
Antonio Secondulfo



#### **IL DIRETTORE GENERALE**

Preso atto della dichiarazione resa dal Direttore della UOC Coordinamento Socio Sanitario con la sottoscrizione in ordine alla regolarità tecnica amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy, sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario d'Azienda, e nelle more della sottoscrizione del contratto da parte del Direttore Amministrativo d'Azienda, già nominato con Delibera n. 194 del 18/04/2013.

#### **Delibera**

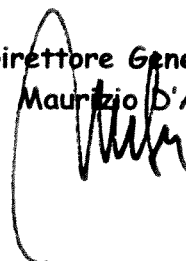
- di prendere atto e di approvare l'accluso documento "Linea Guida ai percorsi Socio Sanitari della Azienda Sanitaria Napoli 3 Sud" che è parte integrante e sostanziale.

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione, curando tutti i consequenziali adempimenti.

Il Direttore Sanitario  
Dr. Giuseppe Russo



Il Direttore Generale  
Dr. Maurizio D'Amora



**COORDINAMENTO SOCIO SANITARIO  
ASL NAPOLI 3 SUD**

**LINEA GUIDA**

**AI**

**PERCORSI SOCIO SANITARI**

**Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud**

## **Riferimenti documentali normativi nazionali e regionali**

Il D.lgs 229/1999 e i successivi atti di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie (D.P.C.M. 14/02/01 e D.P.C.M. 29/11/01) definiscono le "prestazioni socio-sanitarie" come le attività atte a soddisfare mediante percorsi integrati, bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

La Legge n. 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" definisce i percorsi - l'assetto istituzionale e organizzativo del sistema integrato di interventi e servizi sociali - individua il Piano di Zona dei servizi sociosanitari come strumento fondamentale per la realizzazione delle politiche di intervento nel settore sociosanitario, con riferimento, alla capacità dei vari attori istituzionali e sociali di definire, nell'esercizio dei propri ruoli e compiti, scelte concertate in grado di delineare opzioni e modelli strategici adeguati per lo sviluppo del sistema a rete dei servizi sociosanitari sul territorio di riferimento.

Il D.P.C.M. 14 febbraio del 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie".

Il D.P.C.M. 29 novembre 2001 all. 1C "Definizione dei livelli di Assistenza Sanitaria".

La Delibera di Giunta Regione Campania n. 460 del 20 marzo 2007 "Piano di rientro dal disavanzo".

La Delibera di Giunta Regione Campania n. 1811 del 12 ottobre 2007 "Area Generale di Coordinamento n. 20 - Assistenza Sanitaria - n. 18 - Assistenza Sociale, Attività Sociali, Sport, Tempo Libero, Spettacolo - Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali - Adempimenti ai sensi della DGRC n. 460 del 20 marzo 2007".

La Delibera di Giunta Regione Campania n. 2105 del 2008 "Monitoraggio ed informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del DPCM 29.11.2001. Presa d'atto dei risultati del Progetto di monitoraggio LEASOCIOSAN e definizione del percorso di stabilizzazione del sistema di rilevazione denominato LEASOCIOSAN. Con allegati".

La Delibera di Giunta Regione Campania n. 1813 del 12 ottobre 2007 "Linee di indirizzo e schede per la programmazione e presentazione dei Piani delle Attività Territoriali".

La Legge Regionale n. 11 del 23 ottobre 2007 "Legge per la dignità e la cittadinanza sociale - attuazione della Legge 8 novembre 2000 n. 328".

La Legge Regionale n. 16 del 28/11/2008, pubblicata sul B.U.R.C. n. 48 ter del 01/12/2008 il Consiglio Regionale della Campania ha adottato le misure finalizzate a garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale previsti dal Piano di Rientro dal Disavanzo di cui alla D.G.R.C. n. 460/07.

La Deliberazione n. 505 del 20/03/2009 con la quale la Giunta Regionale ha definito gli Ambiti Territoriali delle nuove Aziende Sanitarie Locali istituite ai sensi del comma 1 lettera a) dell'art. 2 della menzionata Legge Regionale - e ai sensi della suddetta Deliberazione regionale (n. 505 del 20/03/2009) è stata istituita la nuova Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud per effetto dell'accorpamento della ex A.S.L. Napoli 4 e della ex A.S.L. Napoli 5 (esclusi i Comuni di Acerra, Casalnuovo e Portici).

Il Decreto n. 7 del 30/09/2009 a firma del Commissario ad acta nel quale si è inteso procedere all'attivazione del Piano di Rientro del Settore Sanitario.

Il Decreto n. 6 del 04/02/2010 a firma del Commissario ad acta nel quale si è inteso procedere alla determinazione delle prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri Diurni ai sensi della Legge Regionale n. 8/2003. rif. punto 16 deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24/07/2009.

Il Decreto del Commissario ad acta n. 49 del 27/09/2010 parte seconda: Riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale, nel quale si è inteso definire i compiti dei soggetti interessati alla programmazione e alla attuazione del percorso operativo/assistenziale socio sanitario - all'avvio alla fase di riconversione di quelle strutture che, per tipologia di assistiti presentano una vocazione prevalentemente socio sanitaria - all'adozione di linee guida in materia di compartecipazione socio sanitaria e la determinazione di tariffe per prestazioni erogate in regime semiresidenziale e residenziale da RSA e Centri Diurni, alla definizione di aree prioritarie di intervento per la riorganizzazione della rete territoriale con particolare riguardo al sistema di cure domiciliari.

La Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 41 del 14/02/2011 ad oggetto "Approvazione del Documento recante Linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari" il sistema dei servizi domiciliari in Campania con allegato. Presa d'atto e provvedimenti.

La Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 625 del 15/11/2011 ad oggetto "Modifica alla DGRC n. 41 del 14/02/2011 - Approvazione del Documento recante Linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari": Il sistema dei servizi domiciliari in Campania": sostituzione della Tabella prestazioni sanitarie".

Il Piano Sanitario Regionale della Campania periodo 2011/2013 - Decreto n. 22 del 22 marzo 2011 - BURC n. 32 del 27/05/2011 - ha definito e confermato, tra l'altro, i percorsi socio sanitari e le rispettive competenze e responsabilità aziendali.

La Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 50 del 28/02/2012 ad oggetto "Compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie in attuazione del Titolo V della Legge Regionale 23 ottobre 2007, n. 11 - provvedimenti a seguito dei Decreti n. 77/2011 e n. 81/2011 del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario", dove vengono, appunto disciplinati i percorsi per il piano di rientro da parte delle AA.SS.LL. dei crediti vantati a favore degli EE.LL. per l'anno 2010/2011/2012.

La Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 320 del 03/07/2012 ad oggetto "Modifica degli Ambiti Territoriali Sociali e dei Distretti Sanitari - Provvedimenti a seguito della deliberazione di Giunta Regionale n. 40 del 14/02/2012", dove gli Ambiti sociali vengono aumentati a 12 come il numero dei Distretti Sanitari presenti in questa Azienda al fine di favorire una *governance* unitaria dell'assetto sociosanitario dei servizi alla persona.

La Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 323 del 03/07/2012 ad oggetto "Adozione della scheda di valutazione multi dimensionale per le persone adulte ed anziane - S.V.A.M.A. Campania. Modifiche ed integrazioni della D.G.R.C. n. 1811/2007.

La Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 324 del 03/07/2012 ad oggetto "Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte disabili -S.V.A.M.DI. Campania".

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 98 del 10/08/2012 ad oggetto "Accorpamento del Comune di Portici all'ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud".

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 128 del 10/10/2012 ad oggetto "Presa d'atto del parere ministeriale n. 146 del 18/05/2011 modifica del Decreto n. 4 del 10/01/2011 "Determinazione tariffe prestazioni residenziali per l'assistenza al malato terminale. Rif. Punto 16 Deliberazione Consiglio dei Ministri del 24/07/2009 e approvazione del documento recante Linee di indirizzo per l'Accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali".

La Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 790 del 21/12/2012 "Recepimento delle Linee Operative per l'accesso unitario ai servizi sociosanitari - PUA".

Il Decreto del Commissario ad Acta n. 1 del 07/01/2013 ad oggetto "Approvazione Documento recante "Sistema di tariffe per profili di cura domiciliare della Regione Campania".

La Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 34 del 08/02/2013 ad oggetto "Programma sperimentale per ammalati di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) ed altre malattie del motoneurone".

#### **Riferimenti normativi aziendali**

La Delibera Aziendale n. 000498 del 13/10/2009 ha adottato il piano delle attività "Leasociosan" ai sensi della DGRC n. 2105 del 31/12/2008 "Monitoraggio ed informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del DPCM 29/11/01 . Presa d'atto dei risultati del progetto di monitoraggio "Leasociosan" e definizione del percorso di stabilizzazione dello stesso".

La Delibera Aziendale n. 000342 del 31/03/2010 ad oggetto "Costituzione U.V.I. - percorso Sociosanitario distrettuale" ha delineato un percorso unico per tutti i Distretti Sanitari con l'attivazione della Unità di Valutazione Distrettuale.

La Delibera Aziendale n. 00332 del 25/02/2011 - DGRC n. 41 del 14/02/2011 - ha approvato il documento recante le Linee di indirizzo, profili e standard in materia dei servizi domiciliari - il sistema dei servizi domiciliari in Campania con allegato - presa d'atto provvedimenti".

La Delibera Aziendale n. 00772 del 27/06/2011 ad oggetto "Documento di valutazione - Cure Domiciliare ASL A 3 Sud". La ASL NA 3 Sud ha adottato il predetto documento con l'intento di stabilire un percorso delle cure domiciliari unico e condiviso e inserendo, nel contempo, *la bozza del protocollo di intesa* tra l'Ambito Territoriale e il Distretto Sanitario "procedure operative per la integrazione sanitaria e socio sanitaria attraverso prestazioni sanitarie e sociali domiciliari (cure domiciliari) - ed *il Protocollo operativo* per la regolamentazione del Sistema Integrato d'Accesso (SIA) alle prestazioni socio sanitarie - e l'attivazione delle Unità di Valutazione Integrate (U.V.I.)".

La Delibera Aziendale n. 00692 del 17/05/2011 ad oggetto "Decreto del commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro nel settore sanitario n. 6 del 04/02/2010 pubblicato sul BURC n. 14 del 15/02/2010 - procedure operative" ha delineato le procedure e la regolamentazione sulla compartecipazione alle prestazioni socio sanitarie per i Comuni associati/convenzionati in Ambito Territoriale in applicazione dell' "allegato C" del citato decreto n. 6/2010.

La Delibera Aziendale n. 000021 del 14/01/2013 ha preso atto della DGRC n. 790 del 21/12/2012 ed ha recepito le linee operative per l'accesso unitario ai servizi socio sanitari - PUA.

La Delibera Aziendale n. 000030 del 22/01/2013 ha preso atto e adottato il Decreto Commissariale n. 1 del 07/01/2013 ad oggetto "Approvazione documento recante "Sistema di tariffe per profili di cura domiciliare della Regione Campania" - costituzione "Gruppo di lavoro".

### INTRODUZIONE

L'esigenza di un documento "Linea Guida" nei percorsi socio sanitari nasce dall'analisi delle consistenti difficoltà che si sono evidenziate nelle "Giornate di Lavoro" tenutesi con i Direttori dei Distretti Sanitari, con il Direttore del D.S.M., con i Responsabili della Riabilitazione e con i Responsabile/Referenti delle UU.OO. dedicate nelle attività assistenziali sociosanitarie comprese le UU.OO. Sert.

In questo processo, accanto alle criticità di natura economica, organizzativa ed operativa, si sono aggiunte spesso anche quelle di natura interpretativa tra i diversi soggetti coinvolti.

In questa realtà, di fatto, non esistono ancora dei servizi sociosanitari integrati ed omogenei ma sistemi di erogazione distinti ad essi più congeniali.

La presente "Linea Guida" risponde alla necessità di chiarire le modalità organizzative e gestionali dell'erogazioni dei servizi che comprendono le attività e i percorsi in essere dell'assistenza nella vasta area socio sanitaria.

Dare ordine e fornire indicazioni utili agli operatori ai fini della realizzazione dell'assistenza integrata: il termine "integrata" va inteso sia in relazione alle modalità di accesso ai servizi, valutazione del bisogno, definizione del progetto individualizzato e valutazione degli esiti, sia in relazione agli aspetti metodologici - operativi per la gestione coordinata dei servizi.

## **1 - Gli Strumenti della programmazione socio sanitaria**

I processi di programmazione socio sanitaria si articolano in una serie di prodotti programmatici:

- *Programmi delle Attività Territoriali (PAT)*
- *Piani di Zona (PDZ)*
- *Piano Attuativo Locale (PAL)*

### **Programmi delle Attività Territoriali (PAT)**

La normativa nazionale e regionale in materia ha individuato gli strumenti attraverso i quali qualificare l'integrazione:

- a) il programma delle attività territoriali e le responsabilità del Distretto Sanitario per la predisposizione e valutazione;
- b) mediante il programma delle attività territoriali indicando le attività e la localizzazione dei servizi del Distretto e le risorse necessarie, a livello distrettuale.

Il programma di attività territoriale (PAT) è realizzato dal Distretto Sanitario ed è approvato dal Sindaco del Comune Capofila di Ambito Sociale Territoriale o dal Comitato dei Sindaci di Ambito.

### **Piani di Zona (PDZ)**

Il Piano sociale di Zona è lo strumento di programmazione a disposizione dei Comuni per avviare nei diversi Ambiti Territoriali la progettazione e la realizzazione della rete dei servizi e interventi sociali.

La programmazione è lo strumento indispensabile per creare una rete di servizi che dia a tutti i cittadini le stesse opportunità di accesso e per attivare un sistema di protezione sociale universalistico, cioè aperto a tutte le situazioni di vita dell'utenza.

Il Comune definisce il Piano di Zona (ex art. 19 legge 328/2000) d'intesa con l'Azienda Sanitaria di riferimento, mediante apposito accordo di programma.

Il Piano di Zona è strumento per:

- a) l'analisi dell'evoluzione qualitativa e quantitativa dei bisogni;
- b) lo sviluppo di forme di gestione dei servizi adeguate, flessibili e creative;
- c) l'integrazione delle risorse pubbliche e private;
- d) la creazione di nuove opportunità e la produzione di risorse aggiuntive;
- e) la definizione delle prestazioni da erogare, rapportate alle responsabilità dei diversi soggetti al quadro delle risorse rilevate.

#### Piano Attuativo Locale (PAL)

Le Aziende Sanitarie sono chiamate ad un ruolo certamente collaborativo con il livello regionale per la definizione e l'attuazione delle priorità regionali, contestualizzate alle specifiche realtà locali, ma anche fortemente propositivo in quanto esse, attraverso i Piani Attuativi Locali, diventano portatrici di istanze dei cittadini, degli operatori, degli Enti Locali, del privato accreditato, del privato sociale e del volontariato.

## **2 - Integrazione socio sanitaria**

I percorsi istituzionali previsti dalla 328/00 e dalla Legge di riforma sanitaria n. 229/99, gli stessi Piani Nazionali Sanitario e Sociale nonché quelli regionali prefigurano promuovono tappe parallele ed omogenee di programmazione sanitaria e sociale.

Attualmente l'organizzazione aziendale si incardina nella Struttura Complessa di Coordinamento Socio Sanitario che definisce il Piano Socio Sanitario Aziendale in collaborazione con i Distretti Sanitari e con i Gruppi di Piano degli Ambiti Territoriali.

Le aree di riferimento della programmazione richiesta sono state chiaramente articolate in riferimento alle prestazioni individuate dal

DLgs 229/99, dalla 328/00 e dal DPCM 14/2/01 che definiscono prestazioni socio sanitarie "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 in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione". E'opportuno sottolineare che la programmazione degli interventi socio sanitari da erogare a livello distrettuale sono quelli sotto elencati:

- materno infantile
- anziani
- handicap
- patologie psichiatriche
- dipendenze da droga, alcool e farmaci
- patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale
- inabilità o disabilità conseguenti da patologie croniche degenerative

Tutte le prestazioni erogate all'interno di tali aree socio sanitarie, rientrano nei livelli essenziali di assistenza. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono caratterizzate "dalla inscindibilità del percorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla individualità dell'impatto congiunto degli interventi sociali e sanitari sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza" (DPMC 14/02/01, art. 3 comma 3).

La programmazione socio sanitaria della ASL in tali aree (PAL e PAT) deve inoltre potersi agevolmente incrociare con quella dell'Ente Locale, incardinata sulle macro aree prioritarie di intervento del Piano di Zona:

- responsabilità familiare
- diritti dei minori
- persone anziane
- contrasto alla povertà
- persone con disabilità
- dipendenze
- immigrati
- salute mentale

- sostegno alla maternità

### **3 - Il Distretto Socio Sanitario**

Le Leggi Nazionali e Regionali, il Piano Sanitario Regionale 2011/2013, hanno definito le funzioni e gli ambiti di autonomia e di responsabilità del Distretto Sanitario e i livelli di collegamento e integrazione tra ospedale e territorio oltre che di integrazione socio - sanitaria.

Il Distretto è l'articolazione territoriale dell'Azienda cui è affidato il compito di assicurare alla popolazione residente la disponibilità, secondo criteri di equità, accessibilità ed appropriatezza, dei servizi di tipo sanitario e sociale ad alta integrazione sanitaria.

Il Distretto svolge un ruolo cruciale nella rilevazione dei bisogni di salute della popolazione, nella pianificazione e valutazione dell'offerta di servizi, nell'integrazione tra le diverse istanze dei vari portatori di interesse (sanitari e sociali), nella realizzazione delle attività di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e della disabilità, nello sviluppo della cultura e delle pratiche dell'integrazione tra attività territoriale ed ospedaliera e tra i servizi sanitari e quelli sociali.

Il Direttore ha il compito di costruire il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e ne governa l'attuazione; contribuisce alla definizione del Piano Sociale di Zona e ne supporta la realizzazione attraverso il presidio della integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali.

I Distretti Socio Sanitari di questa Azienda sono 13 e precisamente:

- Distretto Sanitario n. 34 - Portici
- Distretto Sanitario n. 48 - Marigliano
- Distretto Sanitario n. 49 - Nola
- Distretto Sanitario n. 50 - Volla
- Distretto Sanitario n. 51 - Pomigliano d'Arco
- Distretto Sanitario n. 52 - Palma Campania
- Distretto Sanitario n. 53 - Castellammare di Stabia
- Distretto Sanitario n. 54 - S. Giorgio a Cremano

- Distretto Sanitario n. 55 - Ercolano
- Distretto Sanitario n. 56 - Torre Annunziata
- Distretto Sanitario n. 57 - Torre del Greco
- Distretto Sanitario n. 58 - Pompei
- Distretto Sanitario n. 59 - Sorrento

#### **4 - Coordinamento Socio Sanitario**

Il Coordinamento Socio Sanitario assume come principi e valori di riferimento quelli previsti dalle Linee Guida Regionali di cui la DGRC n. 6467/02, dal Decreto n. 49/10 e dal Piano Sanitario Regionale n. 32 del 27/05/2011 fino all'adozione dell'Atto Aziendale della ASL NA 3 Sud.

Questo Servizio:

- a) sostiene e sviluppa le attività socio sanitarie di competenza dell'Azienda e opera con i Comuni per raccordare attraverso una strategia programmata e condivisa gli aspetti socio sanitari del Piano di Zona, del Piano Attuativo Aziendale e dei Programmi delle Attività Territoriali Distrettuali;
- b) supporta funzionalmente e operativamente tutte le attività centrali e distrettuali nell'ambito degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale in materia di integrazione Socio Sanitaria;
- c) collabora con le Strutture dell'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Direzione Strategica;
- d) valuta con un monitoraggio continuo dei flussi informativi "Leasociosan" la coerenza delle azioni aziendali con i dettati ministeriali e regionali.

Inoltre ha la funzione strategica in grado di determinare un livello di integrazione tra:

- "le diverse aree socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria";
- "le aree socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria ed i servizi dell'Azienda, i Distretti e gli Ospedali";
- "l'Azienda e i Comuni, in particolare per le attività socio sanitarie di competenza della ASL e quelle di competenza dell'Ente Locale per accompagnare e sovrintendere a tutte le azioni della componente territoriale in stretto accordo con il Distretto Socio Sanitario":

Esso deve:

- "aggregare - funzionalmente - "tutte le attività assistenziali socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, individuate dal D.L.gs 502/92 e s.m.i., dal DPCM 14.02.01 e dal DPCM 29.11.01, e costituenti nel loro insieme l'Area Socio Sanitaria ad Elevata Integrazione Sanitaria (materno infantile, anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali, salute mentale, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie cronico degenerative, assistenza ai detenuti affetti da dipendenza o disturbi mentali). Ciò anche al fine di promuovere una integrazione operativa tra le stesse, una cultura e una metodologia del lavoro integrato" e più rispondenti ai bisogni complessi che, raramente possono trovare risposte esaustive nella programmazione di un'unica area centrale e nella risposta di un'unica Unità Operativa territoriale;
- coordinare la predisposizione degli Accordi di Programma su specifici Progetti di Integrazione Socio Sanitaria decisi dalla Azienda e partecipare alla formulazione dei protocolli relativi alla dimissione socio sanitaria protetta, e partecipare a quelli relativi all'ADI;
- "svolgere funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento delle attività socio sanitarie ad elevata integrazione (con particolare riferimento ai LEA socio sanitari ) e delle attività socio sanitarie in favore di immigrati e senza fissa dimora";
- "concorrere, in collaborazione con le altre articolazioni aziendali e comunali, all'analisi dei bisogni socio sanitari (e in particolare delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi), al monitoraggio delle attività socio sanitarie", alla costituzione di un sistema informativo Integrato Socio Sanitario, secondo le indicazioni del Piano Sanitario Nazionale ed al Decreto Ministeriale del 17/12/2008 sull'assistenza domiciliare, semiresidenziale e residenziale;
- "curare in particolare il livello organizzativo, gestionale ed operativo delle integrazione socio sanitaria territoriale, avvalendosi degli Uffici Socio Sanitari Distrettuali";
- "partecipare al Coordinamento Istituzionale, dove rappresenta il livello centrale aziendale, unitamente con i Direttori dei Distretti Sanitari che sottoscrivono il PdZ per la parte afferente al proprio Distretto";

- proporre e coordinare attraverso il Servizio Formazione ed Aggiornamento professionale, la formazione del personale in materia socio sanitaria;
- coordinare di concerto con il Servizio Innovazione Cultura Tecnologica (I.C.T.) le piattaforme informatiche per la gestione dei flussi informativi per l'area socio sanitaria.

#### **5 - I Referenti socio sanitari distrettuali - L'Ufficio Socio Sanitario**

Fermo restante l'autonomia del Distretto Sanitario - all'interno di un comune modello organizzativo, al fine di rendere fluidi i percorsi socio sanitari - il Referente Socio Sanitario deve svolgere "una funzione di back-office, anche all'interno di una struttura più complessiva con compiti specifici relativi all'integrazione socio sanitaria, in funzione di staff per il Direttore del Distretto e in raccordo funzionale con il livello centrale delle attività socio sanitarie (Coordinamento Socio Sanitario), del quale rappresenta la proiezione al livello locale e col quale è in costante rapporto di feedback per tutti gli aspetti relativi alle attività socio sanitarie integrate".

Il Referente individuato dal Direttore del Distretto Sanitario all'interno della dirigenza distrettuale, deve svolgere, tra l'altro, a supporto del Direttore stesso funzioni di:

- "Programmazione territoriale integrata";
- "Analisi dei bisogni e delle risorse, monitoraggio, verifica e valutazione dei programmi e delle attività socio sanitarie integrate distrettuali";
- "Coordinamento e raccordo in particolare tra i servizi socio sanitari ad elevata integrazione sanitaria del Distretto e tra questi e i servizi sociali territoriali".

Nello specifico:

- Coordinare e monitorare a livello distrettuale il funzionamento delle Unità di Valutazione Multidimensionale (UVI);
- Promuovere la partecipazione ed il coinvolgimento di tutte le figure professionali operanti nel Distretto Sanitario o nei Distretti nelle attività di integrazione Socio Sanitarie;

- Rappresentare il punto di riferimento per gli EE.LL. a cui fa capo il Distretto, nonché dell'Ufficio di Piano del proprio Ambito;
- Monitorare a livello territoriale il buon andamento del sistema informativo socio sanitario "Leasociosan";
- Assicurare il collegamento con i servizi di Coordinamento Socio Sanitario Centrale Aziendale.

In questo contesto i Referenti Socio Sanitari (di ruolo dirigenziale) non appaiono quale figure di supporto alla Direzione distrettuale ma figure professionali che stanno assumendo un ruolo fondamentale nelle attività di integrazione socio sanitarie distrettuali.

Un ruolo che necessita di una organizzazione propria, che sia strutturata all'interno di una Unità Operativa semplice in modo da poter equiparare le diverse organizzazioni dei servizi distrettuali con quello dell'Ufficio Socio sanitario.

L'Ufficio socio sanitario rappresenta il punto di riferimento di tutte le attività di integrazione socio sanitarie di cui all'allegato 1C del DPCM del 29 novembre 2001 relative alla assistenza territoriale delle cure domiciliari - alle attività sanitarie e sociosanitarie nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali in Centri diurni e in RR.SS.AA. - alle attività sanitarie e sociosanitarie nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone anziane non autosufficienti in Centri Diurni e in RR.SS.AA. - alle attività sanitarie e sociosanitarie a favore di soggetti affetti da AIDS in regime residenziale - alle attività sanitarie e sociosanitarie nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie in strutture a bassa intensità assistenziale.

Rappresenta il presente, ma soprattutto il futuro nei confronti degli altri servizi distrettuali in quanto la domanda da parte dei cittadini aventi diritto sarà sempre più orientata al bisogno sociosanitario delle diverse area articolate: minori - materno infantile - anziani - salute mentale - disabili fisici, psichici e sensoriali - dipendenze da droghe, alcool e farmaci - patologie croniche degenerative.

## **6 -Ambiti Territoriali**

**La Regione Campania** con Delibera n. 320 del 03/07/2012 ha definito i nuovi Ambiti Territoriali coincidenti con i Distretti Sanitari di

questa ASL. Il nuovo territorio aziendale comprende tredici ambiti territoriali suddivisi per aree territoriali - come di seguito riportate nello schema:

| <b>Comuni<br/>Capofila<br/>Ambito Asl<br/>Napoli 3 Sud</b> | <b>Distretti<br/>Sanitari<br/>riferimento</b> | <b>Ambiti<br/>Sociali</b> | <b>Comuni</b>                                                                                                                                                                  | <b>Numero<br/>abitanti</b> |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Portici                                                    | 34                                            | NA-11                     | Portici                                                                                                                                                                        | 53.981                     |
|                                                            | 48                                            | NA-22                     | Brusciano, Castello di<br>Cisterna,<br>Mariglianella,<br>Marigliano, San<br>Vitaliano, Somma<br>Vesuviana                                                                      | 102.739                    |
|                                                            | 49                                            | NA-23                     | Nola, Cimitile,<br>Camposano, Cicciano,<br>Roccarainola,<br>Carbonara di Nola,<br>Casamarciano,<br>Comiziano, Liveri,<br>Saviano, Scisciano,<br>San Paolo, Tufino,<br>Visciano | 107.322                    |
|                                                            | 50                                            | NA-24                     | Cercola, Massa di<br>Somma, Pollena<br>Trocchia, Volla                                                                                                                         | 62.045                     |
|                                                            | 51                                            | NA-25                     | Pomigliano D'Arco,<br>Sant'Anastasia                                                                                                                                           | 68.024                     |
| San Giuseppe<br>Vesuviano                                  | 52                                            | NA-26                     | Ottaviano, Palma<br>Campania,<br>Poggiomarino, San<br>Gennaro vesuviano, San<br>Giuseppe Vesuviano,<br>Striano, Terzigno                                                       | 126.120                    |
| Castellammare<br>di Stabia                                 | 53                                            | NA-27                     | Castellammare di<br>Stabia                                                                                                                                                     | 64.506                     |
|                                                            | 54                                            | NA-28                     | San Giorgio a Cremano,<br>San Sebastiano al<br>Vesuvio                                                                                                                         | 56.805                     |
| Ercolano                                                   | 55                                            | NA-29                     | Ercolano                                                                                                                                                                       | 54.779                     |
| Torre<br>Annunziata                                        | 56                                            | NA-30                     | Boscotrecase,<br>Boscotrecase, Torre<br>Annunziata, Trecase                                                                                                                    | 90.639                     |
| Torre del<br>Greco                                         | 57                                            | NA-31                     | Torre del Greco                                                                                                                                                                | 87.197                     |
|                                                            | 58                                            | NA-32                     | Agerola, Casola di<br>napoli, Gragnano,<br>Lettere, Pimonte,<br>Pompei, Santa Maria la<br>Carità, Sant'Antonio<br>Abate                                                        | 110.331                    |
| SORRENTO                                                   | 59                                            | NA-13                     | Massa Lubrense, Meta,<br>Piano di Sorrento,<br>Sant'Agnello, Sorrento,<br>Vico Equense                                                                                         | 81.810                     |

Gli EE.LL. sono titolari della programmazione, realizzazione e valutazione a livello locale degli interventi sociali e, di concerto con le AA.SS.LL., degli interventi socio sanitari, nonché delle funzioni amministrative inerenti l'erogazione dei servizi e delle prestazioni del sistema integrato locale.

Per la realizzazione del sistema integrato degli interventi e servizi sociali i Comuni associati in Ambiti Territoriali adottano, tra l'altro, il Piano di Zona degli interventi sociali, assicurano che la gestione associata sovra-comunale determini, in ogni caso un unico centro di costo e di responsabilità relativa alla gestione del fondo di ambito per la implementazione del Piano di Zona di ciascun Ambito Territoriale, il quale contenga tutti i servizi e gli interventi realizzati dagli Enti associati.

Il Piano di Zona di Ambito Territoriale è adottato con cadenza triennale attraverso accordo di programma sottoscritto dai Comuni associati in Ambiti Territoriali, dalla Provincia e sottoscritto in materia di integrazione socio sanitaria dalla ASL di riferimento.

Il Piano di Zona di ambito è strumento di programmazione e di realizzazione locale del sistema integrato di interventi e servizi sociali che garantisce i livelli essenziali delle prestazioni sociali e di concerto con la ASL di riferimento gli interventi socio sanitari unitamente alla individuazione delle risorse necessarie per la loro attuazione.

#### Aree di intervento

Gli interventi e i servizi promossi e garantiti dai Comuni, sono rivolti ai singoli, alle famiglie e alle formazioni sociali dei cittadini.

Sono considerate aree di intervento quelle relative a:

responsabilità familiare

donne in difficoltà

diritti dei minori

persone anziane

contrasto alla povertà

persone con disabilità con particolare priorità alle persone con  
disabilità grave

dipendenza

detenuti, internati, persone prive della libertà personale

immigrati

salute mentale

sostegno alla maternità

Nello specifico

- Interventi di sostegno alle responsabilità delle famiglie e per i diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, in particolare:
  - a) promuovere misure alternative al ricovero dei minori in istituti educativo - assistenziali;
  - b) sostenere le famiglie attraverso politiche abitative e di promozione della natalità, dell'affido e dell'adozione;
  - c) prevenire il disagio adolescenziale;
  - d) contrastare ogni abuso, maltrattamento e violenza sui minori.
  
- Interventi per il sostegno alle donne in difficoltà:
  - a) sostenere le donne che partoriscono in povertà o in solitudine;
  - b) aiutare le donne che subiscono violenza psicologica e fisica.
  
- Politiche di contrasto alle dipendenze e di promozione dell'agio e dell'autonomia delle persone:
  - c) assistenza domiciliare integrata per situazioni cronicizzate per le quali risulta necessario un accompagnamento permanente;
  - d) la diffusione sul territorio di servizi socio sanitari di primo intervento (centri di ascolto, servizi di consulenza e di orientamento);
  - e) la realizzazione coordinata di programmi e di progetti sulle dipendenze al fine soprattutto di diffondere la consapevolezza della nocività delle sostanze stupefacenti, con programmi specifici soprattutto nelle scuole di ogni ordine e grado.
  
- Politiche per le persone anziane:
  - a) la creazione di servizi e strutture, quali centri sociali, centri diurni polifunzionali, atti a favorire scambi di relazioni anche intergenerazionali;
  - b) la continuità e l'integrazione tra le prestazioni sociali e sanitarie erogate;
  - c) la realizzazione di strutture semiresidenziali e residenziali a favore di anziani bisognosi di prestazioni e trattamenti non erogabili a domicilio;

- d) l'offerta di sistemi tecnologici, tra i quali il telesoccorso e la teleassistenza;
- e) l'attivazione di reti e servizi validi a garantire assistenza domiciliare.

- Politiche per le persone con disabilità:

- a) la creazione di servizi e strutture, quali centri sociali, centri diurni polifunzionali;
- b) la realizzazione di strutture semiresidenziali e residenziali a favore dei disabili bisognevoli di prestazioni e trattamenti continui non erogabili a domicilio;
- c) l'attivazione di reti e servizi validi a garantire assistenza domiciliare.

**E'** necessario, quindi, consolidare le relazioni tra i Distretti Sanitari e gli Enti Locali ponendosi obiettivi volti ad un approccio integrato nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione di strumenti di programmazione integrata, per rispondere in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute.

**E'** fondamentale governare i servizi incentrati sul bisogno della persona - accogliimento, analisi, valutazione ed orientamento della domanda ed organizzazione della risposta, realizzazione dell'integrazione socio sanitaria a livello gestionale ed operativo, a livello istituzionale e comunitario (ASL, Comuni, Privato Sociale) e a livello professionale come condizione essenziale per il raggiungimento degli obiettivi di salute individuati dal P.A.T. e dal Piano di Zona.

Inoltre con Decreto n. 98 del 10/08/2012 ad oggetto "Accorpamento del Comune di Portici all'Ambito territoriale della Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud" è stato disposto che il Distretto Sanitario di Portici n. 34 rientrasse nella ASL NA 3 Sud così come l'Ambito Territoriale Sociale a partire dal 01/01/2013.

Il Decreto commissariale della Regione Campania n. 77 del 11/11/2011 a partire dal 01/01/2012 è fatto obbligo alle strutture che erogano prestazioni sociosanitarie soggette alla compartecipazione di cui all'allegato 1C del D.P.C.M. del 29/11/2001, e secondo le disposizioni di cui all'allegato C del Decreto commissariale 6/2010, di fatturare alla ASL nel cui territorio opera la struttura, esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria, e l'utente/Comune la

restante quota delle tariffe per la componente sociale, secondo le percentuali di seguito riportate:

| Tipologia prestazione                                                                                                                                                                       | ASL | Comune/<br>utente |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------|
| Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP) per prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona                                                                  | 50% | 50%               |
| Servizi semiresidenziali per disabili fisici psichici e sensoriali per prestazioni diagnostiche terapeutiche e socioriabilitative                                                           | 70% | 30%               |
| Servizi semiresidenziali per anziani e demenze per prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo | 50% | 50%               |
| Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socioriabilitative per disabili gravi                                                            | 70% | 30%               |
| Servizi residenziali per disabili fisici psichici e sensoriali: prestazioni terapeutiche e socioriabilitative per disabili privi di sostegno                                                | 40% | 60%               |
| Servizi residenziali a favore di anziani per prestazioni terapeutiche di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti ivi compresi interventi di sollievo       | 50% | 50%               |
| Servizi residenziali per persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie per prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale                | 40% | 60%               |
| Servizi residenziali a persone affette da AIDS per prestazioni di cura e riabilitazione e trattamenti farmacologici nella fase di lungoassistenza                                           | 70% | 30%               |

Il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 20/12/2011 della Regione Campania integra e modifica il Decreto n. 77/11.

La Delibera di Giunta Regionale della Campania n. 50 del 28/02/2012 ad oggetto "Compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie in attuazione del Titolo V della legge regionale 23

ottobre 2007, n. 11 - provvedimenti a seguito dei decreti n. 77/2011 e n. 81/2011 del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario", vengono, disciplinati i percorsi per il piano di rientro da parte delle AA.SS.LL. dei crediti vantati a favore degli EE.LL. per l'anno 2010/2011/2012/2013.

La Circolare esplicativa del decreto commissariale n. 77/2011 - Decreto n. 81/2011 - DGRC n. 50/2012 chiarisce:

- per effetto del Decreto commissariale n. 81/2011, sono sospesi, per il periodo del 27/12/2011 al 28/02/2012, gli effetti di quanto disposto dal richiamato decreto n. 77/2011 al punto 1 - che dal 1/01/2012, impone alle strutture che erogano le citate prestazioni di fatturare alle AA.SS.LL. esclusivamente le tariffe dovute per la componente sanitaria; per il suddetto periodo potranno essere adottate le procedure di fatturazione già in uso.

- parimenti, le medesime procedure di fatturazione in uso, potranno essere utilizzate nelle more della sottoscrizione delle convenzioni in esecuzione della DGRC n. 50/2012 e comunque non oltre il 30/04/2012;

- per le prestazioni rese dal 1° maggio 2012 non saranno consentite, nei confronti delle AA.SS.LL., le modalità di fatturazione diverse da quelle previste dal punto 1 del Decreto commissariale n. 77/2011, avendo la Giunta regionale disciplinato la materia con deliberazione n. 50/2012 in ossequio al dispositivo dell'art. 47, comma 2, della L.R. n. 1/2012, che fa comunque salve le competenze del Commissario ad Acta per il piano di rientro del settore sanitario.

Quindi saranno sanati i debiti dei Comuni con le AA.SS.LL. per il biennio 2010/2011 attraverso il trasferimento di risorse dalla Regione agli Ambiti sulla base della certificazione di debito che gli Enti Locali riconosceranno alle Aziende Sanitarie.

Il provvedimento di cui sopra, molto atteso, sana un antica disputa, finita il più delle volte nei Tribunali Amministrativi, tra i Comuni associati in Ambiti territoriali e le AA.SS.LL.

Con il provvedimento approvato si dà attuazione al Titolo V della Legge Regionale sulla dignità sociale n. 11 del 2007 e al Decreto n. 81/2011 del Commissario ad acta per la Sanità.

Inoltre lo stesso provvedimento definisce le prestazioni socio sanitarie e ne fissa i confini, sia dal punto di vista delle competenze che dei rispettivi oneri finanziari in grado di integrare le competenze

per le prestazioni sanitarie con quelle sociali e viceversa nello spirito della Legge 328/2000.

Quindi così come già evidenziato per le prestazioni riferibili al periodo che va dal 1° gennaio 2010 al 31 dicembre 2011, la Regione Campania eroga risorse, per ciascun Ambito Territoriale, volte a sanare interamente i debiti dei Comuni nei confronti delle AA.SS.LL. di riferimento. Le somme saranno liquidate direttamente alle AA.SS.LL. sulla base della certificazione da parte dei Comuni del debito ad esse riconosciuto.

Dal 1° gennaio 2012, invece, la Regione eroga ai Comuni associati in ambiti una copertura pari al 50% del costo delle prestazioni sulla base delle tipologie di compartecipazione individuate dalla predetta delibera.

#### **7 - PORTA UNICA DI ACCESSO - P.U.A.**

E' definita dalla Legge Regionale 11/07 come "... funzione esercitata sia dal Segretariato Sociale per i Comuni sia dai Distretti Sanitari per le AA.SS.LL. con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento e trasmissione delle richieste ai servizi competenti".

La P.U.A. è "l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari" a cui fornire una risposta specifica e tempestiva, ma soprattutto completa, nella logica della presa in carico della persona, portatrice di molteplici problematiche.

Le funzioni della P.U.A. nel suo complesso possono riassumersi:

- accoglienza dell'utenza
- ascolto attivo della richiesta e del bisogno
- prima lettura del bisogno espresso dal cittadino
- informazioni sul sistema dei servizi esistenti ed accessibili
- orientamento nell'utilizzo dell'informazione fornita verso il canale più adatto per ottenere una risposta adeguata da altri servizi.

Ogni punto di accesso (UU.OO.) deve essere preposto ad accogliere la domanda e a decodificare il bisogno del richiedente. Gli operatori dedicati al front - office devono essere legittimati alla compilazione

della scheda di accesso e alla risoluzione di problematiche che non richiedono l'attivazione di percorsi integrati sociali e sanitari.

Il front - office deve essere il più possibile semplice ed identificabile dall'utenza e nel contempo, oltre ad essere competente e capace di dare informazione e orientamento, deve essere in grado di dare aiuto immediato e pronto alle esigenze rilevate.

Gli operatori addetti al front - office devono, quindi, svolgere una completa azione informatica sui percorsi assistenziali, sociali e sociosanitari presenti sul territorio. Devono fornire risposte dirette a domande (bisogno semplice) che non richiedono l'attivazione di percorsi assistenziali ed integrati tra il sociale e il sanitario. Devono decodificare l'istanza mediante una prima valutazione - se si accerta una problematica di natura complessa (bisogno complesso) viene richiesto un intervento integrato sociosanitario.

I profili professionali interessati del settore sociale e sanitario forniti dall'Ambito Territoriale e dal Distretto Sanitario possono essere identificati:

- assistente sociale
- infermiere
- sociologo
- amministrativo

Il profilo professionale deve essere comunque strettamente correlato alle specifiche funzioni attribuite all'interno della P.U.A. e devono essere adeguatamente supportati da strumenti utili per la gestione informatizzata della pratica.

Le modalità di segnalazione possono avvenire:

- via informatica
- e-mail
- fax
- telefono

La segnalazione può giungere da parte del:

- assistito
- familiare dell'assistito
- MAP
- PLA
- assistente sociale



- operatore sociale ed altre figure dedicate

In sintesi l'attività del modello organico della P.U.A. si svolge su due direttrici:

- una operativa: che svolge prevalentemente le attività di front-office (Punti di accesso territoriali)
- una macro-organizzativa-gestionale: che assicura le attività di back-office, garantendo, tra l'altro, attraverso il monitoraggio, una riprogrammazione congiunta dell'offerta territoriale dei servizi (funzione centrale di Coordinamento).

All'interno del Distretto Sanitario le P.U.A. sono individuate per **Area di Bisogno** e coincidono con le seguenti Unità Operative

| P.U.A.   | AREA di BISOGNO                                                                                                                                                                                      |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| U.O.M.I. | Minori:Materno Infantile<br>Minori:Disabili<br>Minori:Patologie Neuropsichiatriche dell'Età Evolutiva<br>Minori:Malati Terminali<br>Adulti:Donna Coppia e Famiglia                                   |
| U.O.A.R. | Adulti:=>18anni-Disabili<br>Adulti:=>18anni-PatologieCronico - Degenerative<br>Adulti:=>18anni- Malati Terminali                                                                                     |
| U.O.A.A. | Anziani:=>65anni-Non autosufficienti affetti da patologie Cronico Degenerative<br>Anziani:=>65anni- Malati Terminali                                                                                 |
| U.O.S.M. | Minori:Patologie Psichiatriche (età 16-18 anni)<br>Minori:Detenuti (con UOMI)<br>Adulti:Patologie Salute Mentale<br>Adulti:Detenuti                                                                  |
| SERT     | Minori:Dipendenze e Patologie correlate<br>Minori:Sieropositivi e affetti da AIDS<br>Minori:Detenuti (con UOMI)<br>Adulti:Dipendenze e Patologie correlate<br>Adulti:Sieropositivi e affetti da AIDS |

La P.U.A. dovrà discriminare il bisogno espresso dal cittadino attraverso una valutazione monospecialistica o monodimensionale (valutazione di I° livello) volta ad accertare il bisogno:

- solo sanitario
- solo sociale
- complesso sanitario
- complesso sociosanitario

Quindi la P.U.A. attiverà il percorso di accesso attraverso:

- l'invio ai servizi sanitari del Distretto;
- l'invio ai servizi sociale del Comune di residenza del paziente;
- l'invio/richiesta alla U.V.I. richiedendone la valutazione multidimensionale finalizzata alla presa in carico del paziente.

La domanda del bisogno dovrà contenere, tra l'altro, l'analisi della motivazione dell'invio, la scheda per la valutazione sanitaria compilata dal MMG/PLS dell'utente, la scheda per la valutazione socio-ambientale compilata dal referente individuato dal Comune dell'Ambito Territoriale e la scheda per la valutazione cognitiva e funzionale compilata dal Medico Specialista competente e/o dal Responsabile/Referente della UU.OO. dedicata.

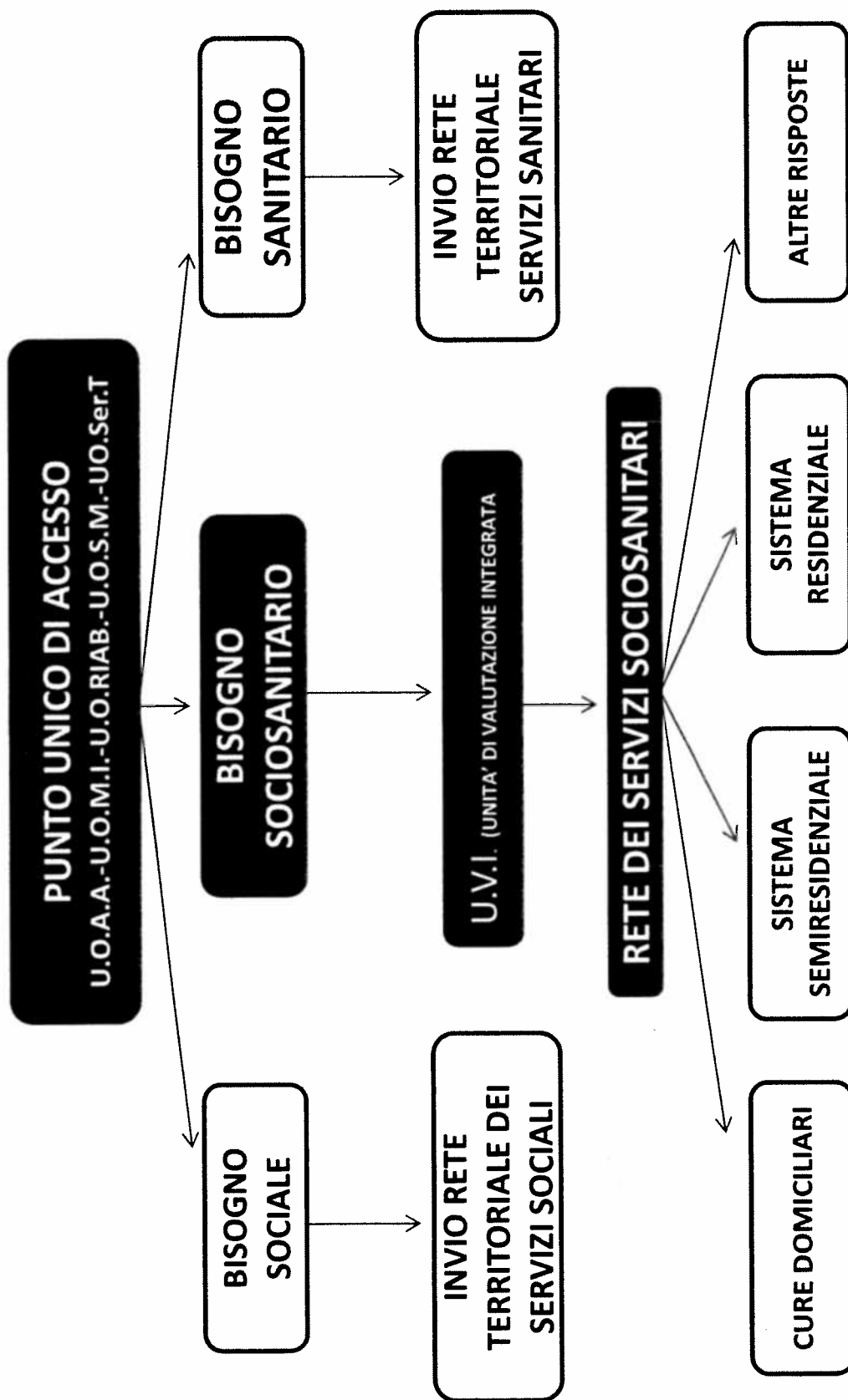
Si ipotizza un modello organizzativo (DGRC n.790/12) di tipo strutturato che richiede necessariamente una riorganizzazione sistemica di tutto l'impianto organizzativo e gestionale dell'integrazione sociosanitaria. Un modello organizzativo basato su punti di accesso uguali tra di loro, non specialistici ma polivalenti, capaci sia di gestire domande e risposte semplici sia di attivare percorsi assistenziali complessi ed integrati di presa in carico.

Tali punti di accesso sono connessi da una "funzione di coordinamento" che garantisce il raccordo tra le varie parti del sistema sociale e sanitario, l'omogeneità delle procedure, la supervisione e il monitoraggio del processo di accesso ed erogazione dei servizi, pur nel rispetto di specifiche funzioni e competenze.

Certamente bisogna iniziare da un processo che ottimizzi le esperienze e le risorse (strutturali, tecnologiche e umane) già presenti, e quindi avviando un percorso di adeguamento del proprio modello organizzativo verso quello indicato che uniformi a livello regionale una procedura unica ed unitaria di accesso alla rete dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari.



# PORTA UNICA DI ACCESSO



## **8 - SISTEMA INFORMATICO - MONITORAGGIO "LEASOCIOSAN"**

La Regione Campania ha definito un sistema unico di monitoraggio delle prestazioni sociosanitarie denominato "Leasociosan" e realizzato in collaborazione con l'Agenzia regionale ArSAN che prevede il monitoraggio e l'informazione delle prestazioni di cui all'allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2001.

Questa Azienda da diversi anni ha istituito questo sistema che, oltre a ricomprendere ed esplicitare i tracciati ministeriali S.I.A.D. e F.A.R., prevede di raccogliere i flussi S.I.N.D. (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze), i flussi S.I.S.M. (Sistema Informativo Salute Mentale) e i flussi S.I.S. (Sistema Informativo Sociale).

L'obiettivo del sistema è quello di rilevare, individuare e monitorare:

- l'effettiva erogazione della prestazione
- la responsabilità nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni
- la responsabilità in termini di spesa e di erogazione
- la qualificazione in termini di percorso assistenziale, attraverso l'analisi degli strumenti di valutazione
- ripartizione dei fondi regionali alle AA.SS.LL.

### Criteri di arruolamento

Si definisce caso da arruolare quello che esprime un bisogno sociosanitario complesso per la cui presa in carico è necessario un progetto personalizzato di assistenza e che accede alle U.O. distrettuali/aziendali - che ricordiamo sono:

- SerT
- Materno Infantile
- Salute Mentale
- Assistenza Anziani
- Assistenza Riabilitativa

**Sono inclusi:**

- tutti i soggetti con un bisogno sociosanitario complesso che accedano alle UU.OO. attraverso qualsiasi punto della Porta Unica di Accesso e che necessitano di una valutazione multi professionale e/o multidimensionale propedeutica alla presa in carico.
- tutti i soggetti che, a seguito della valutazione multidimensionale in sede UVI hanno necessità di una presa in carico congiunta con il

sistema sanitario e sociale, per i quali non è possibile distinguere la componente sociale da quella sanitaria.

Per tali soggetti si prevede l'erogazione di prestazioni che rientrano nei quattro macrolivelli di assistenza:

- ambulatoriale, nell'ambito di un programma assistenziale concordato
- domiciliare
- semiresidenziale
- residenziale

Sono esclusi dal monitoraggio solo gli interventi episodici di tipo prestazionale ambulatoriale e domiciliare, ossia le prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che non richiedono una presa in carico della persona né la valutazione multidimensionale e/o multiprofessionale (esempio certificazioni medico-legali, vaccinazioni, visite specialistiche che non esitino in un programma assistenziale concordato).

Tabella sinottica

| Bisogno   | Accesso   | Valutazione                                                    | Programma               | In carico al Sistema |
|-----------|-----------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| Complesso | UU.OO.    | Multidimensionale/<br>Multiprofessionale                       | Progetto personalizzato | Sanitario            |
| Complesso | PUA/UU.OO | Multidimensionale/<br>Multiprofessionale                       | Progetto personalizzato | Sanitario            |
| Complesso | PUA/UU.OO | Multidimensionale/<br>Multiprofessionale<br>in sede <b>UVI</b> | Progetto personalizzato | Sanitario/Sociale    |

L'obiettivo è ottenere un sistema unico attraverso il monitoraggio di tutte le prestazioni erogate, in particolare per portatori di un bisogno complesso. I dati elaborati consentiranno di misurare in termini qualitativi e quantitativi le attività del Distretto e permetterà di verificare il funzionamento delle singole unità operative.

La profilazione "Leasociosan" per le UU.OO./P.U.A. interessa e tiene conto della:

- accettazione
- valutazione
- erogazione interne e/o esterna

## **9 - Unità Valutativa Integrata U.V.I.**

### Definizione

**E'** una équipe professionale con competenze multidisciplinari in grado di leggere le esigenze dei pazienti con bisogni sanitari e sociali complessi con il compito di rilevare e classificare le condizioni di bisogno, per poter disegnare il percorso assistenziale ideale di trattamento del paziente da attuarsi con il consenso della persona interessata e della sua famiglia.

**E'** un processo dinamico e interdisciplinare volto ad identificare e descrivere o predire la natura e l'entità dei problemi di salute di natura fisica, psichica e funzionale di una persona non autosufficiente, ed a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio diagnostico globale, che avviene attraverso l'uso di scale e strumenti validi, consente di individuare un piano di intervento socio sanitario coordinato e mirato al singolo individuo.

### Gli strumenti di valutazione

La valutazione si effettua sulla base della compilazione di scale di misurazione multidimensionali e sono costruite per valutare il soggetto globalmente nelle diverse aree di interesse.

Le schede di valutazione multidimensionale che dobbiamo tenere presente sono:

- La scheda per anziani non autosufficiente SVAMA ai sensi della DGRC n. 323 del 03/07/2012
- La scheda per persone adulte disabili SVAMDI ai sensi della DGRC n. 324 del 03/07/2012

L'attivazione della UVI può essere richiesta con il consenso informato della persona interessata e dei suoi familiari da diversi soggetti:

- MMG
- PLS
- Servizi sociali comunali
- Servizi sanitari distrettuali
- Dalla persona in stato di bisogno o dal suo tutore
- Dal familiare
- Dalla unità operativa ospedaliera che dimette

La richiesta va inoltrata alla P.U.A./U.O. che effettua la prima valutazione (bisogno semplice o complesso) e attiva eventualmente la U.V.I. Le pratiche che arrivano alla U.V.I. devono essere complete dal

punto di vista cartaceo e tale competenza è della U.O. che riceve la richiesta.

La U.V.I. è coordinata dal Direttore del Distretto Sanitario e/o dal Referente Sociosanitario delegato dal Direttore e/o da un Dirigente Medico delegato dal Direttore.

La U.V.I.

- Effettua la valutazione multidimensionale di persone attraverso strumenti specifici (SVAMDI - SVAMA).
- Elabora il Piano assistenziale individualizzato.
- Stabilisce l'accesso ad almeno alcune delle prestazioni domiciliari di I° - II° - III° livello, semiresidenziale e residenziale.
- Promuove l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
- Individua il case manager.
- Dimissioni.

La U.V.I. è composta dal

- MMG/PLS
  - Medico della U.O. dedicata A.A., M.I., Riab., Sert e S.M.
  - Assistente sociale del Comune e/o dell'Ambito Sociale
- Se richiesto
- Infermiere professionale
  - Medico specialista

Nell'ambito U.V.I. bisogna tenere presente e tenere conto:

- Della ripartizione delle risorse a carico del bilancio sanitario e sociale sulla base di quanto stabilito dalla Regione.
- Della partecipazione dei rappresentanti dell'Ente che siano dotati del potere di disporre delle risorse e che quindi possono effettivamente impegnare l'Ente alla relativa erogazione.
- Della partecipazione obbligatoria del rappresentante dell'Ente al progetto individuale concertato dalla U.V.I. ai fini della erogazione della prestazione e della relativa assunzione di spesa - nel caso in cui il rappresentante dell'Ambito, formalmente convocato, risulti assente a due sedute consecutive delle UU.VV.II. la ASL procederà alla valutazione dell'assistito e le relative risultanze sono vincolanti al fine della compartecipazione.

Tempi di valutazione

La valutazione deve avvenire in tempi brevi. Esempio: se una persona viene dimessa dall'ospedale con la necessità di proseguire le

cure infermieristiche occorre che queste vengono garantite immediatamente. Se la valutazione non è stata possibile farla durante il ricovero ospedaliero occorre comunque attivare provvisoriamente delle cure domiciliari infermieristiche in attesa della valutazione che definirà più precisamente il PAI.

Occorre prevedere:

- un regime di urgenza(cure oncologiche, riabilitazione post-ospedale ecc.) che prevede la valutazione immediata o cure immediate in attesa della valutazione.

- un regime ordinario che può prevedere la valutazione che avvenga entro 30 giorni.

#### I Piani Assistenziali Individualizzati (P.A.I.)

Il P.A.I. definisce gli obiettivi di salute e le attività assistenziali da erogare. Tiene conto dei bisogni, delle aspettative dell'assistito, delle sue disabilità, contestuali, personali e familiari. I contenuti del P.A.I. devono rispettare la libertà di scelta della persona, ed essere la risposta più efficiente nel rapporto costi benefici.

Il P.A.I. comprende:

- Gli obiettivi assistenziali da raggiungere
- Le modalità di raggiungimento degli obiettivi assistenziali
- La tipologia degli interventi
- La frequenza degli accessi dei singoli operatori
- La durata presumibile degli interventi assistenziali e la cadenza delle verifiche

Quindi la U.V.I., ricapitolando, effettua una analisi dei problemi e dei bisogni dell'assistito e provvede:

- Elaborare il Progetto Personalizzato.
- Elaborare il Progetto Esecutivo.
- Individua il Responsabile del caso che di solito è nella persona del Responsabile della U.O. o suo delegato che segue le diverse fasi del P.A.I.:a)garantisce l'integrazione degli interventi sociali e sanitari; b)è garante della continuità dei rapporti con la persona e la famiglia;c)svolge un ruolo di cura e valuta l'efficacia degli interventi.
- Individua il Responsabile della Presa in Carico sanitaria che di solito è nella persona del MMG o PLS.

- Individua il Responsabile della Presa in Carico sociale che di solito è nella persona dell'Assistente sociale del Comune.

## **10 - Cure Domiciliari**

**Procedure per l'accesso e la presa in carico**

Le prestazioni che dobbiamo tenere presente e che scaturiscono dal bisogno di assistenza, rappresentate attraverso un percorso che è regolamentato da un protocollo operativo per l'accesso alle prestazioni socio sanitarie, sono:

### **a) Cure prestazionali**

Sono prestazioni che prevedono un percorso esclusivamente distrettuale caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato (ADP).

Sono richieste dal medico di assistenza primaria o dal pediatra di libera scelta - responsabile del processo.

Sono prestazioni di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e sono concordate con il Responsabile della U.O. dedicato alla competenza del caso.

In sede distrettuale vengono concordati:

- a) la durata con relativa decorrenza del periodo di erogazione dell'assistenza programmata domiciliare, che comunque non può essere superiore ad un anno con possibile proroga;
- b) la periodicità settimanale, quindicinale o mensile degli accessi del medico di medicina generale al domicilio;
- c) i momenti di verifica al fine della migliore personalizzazione dell'intervento in relazione alle ulteriori prestazioni infermieristiche, sociali, specialistiche, di ricerca diagnostica che necessitano al soggetto.

Agli atti del Distretto Sanitario è curata la tenuta di un fascicolo relativo a ciascun medico che ha in carica i pazienti - nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti con le relative prestazioni mensili.

### **b) Cure di I° e II° Livello**

Sono rivolte ai malati che pur presentando delle criticità specifiche hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati. Queste cure prevedono un ruolo di centralità del MMG/PLS che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura.

Sono caratterizzate dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale (UVI) ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale.

c) Cure di III° Livello

Sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità, assorbono la ospedalizzazione domiciliare - la terapia antalgica - le cure palliative ai malati terminali.

Queste tipologie di cure domiciliari - in funzione della differente complessità/intensità - sono caratterizzate anche esse dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e la individuazione di un piano di cura da elaborare con l'intervento di tipo multidisciplinare integrato.

E' da ricordare che il bisogno/domanda deve essere inviato alla P.U.A./UU.OO. distrettuale che organizza, gestisce il percorso e la presa in carico dell'utente, in collaborazione e con le competenze fondamentali ed essenziali della équipe ospedaliera dedicate ed autorizzata e dai servizi aziendali coinvolti nelle attività assistenziali.

L'assistenza alle persone in stato vegetativo e stato di minima coscienza presso il proprio domicilio

A seguito delle linee di indirizzo per l'assistenza delle persone in stato vegetativo e in stato di minima coscienza, è utile dare un cenno a quanto viene rappresentato nelle predette linee guida - in quanto vi è la necessità di definire un percorso lineare e precoce anche per le cure domiciliari per tale assistenza.

"E' necessario, comunque e sempre, nella gestione di tali pazienti garantire un sistema di monitoraggio dello stato di coscienza e documentare la loro responsività e/o la loro evoluzione da parte di specialisti neurologi esperti in riabilitazione e fisiatristi esperti in riabilitazione neurologica. Importante e innovativo iniziare a sviluppare il concetto, per cui una persona in SV (stato vegetativo) o in SMC (stato di minima coscienza), non debba essere più considerata "malato o paziente", bensì persona con "gravissima" disabilità che, al

pari di altre con gravissime patologie croniche, può seguire terapie di prevenzione, mantenimento e cura presso strutture non sanitarie...".

".....La complessità della problematica di inserire questi pazienti a domicilio consiste di "mettere a punto un sistema integrato che parta dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Libera scelta (PLS) che possa costituire lo snodo tra il paziente, la famiglia e gli operatori del sistema.....".

"Il rientro nel proprio domicilio, laddove è possibile, deve essere incentivato in particolare per i soggetti giovani. "Preso atto della situazione clinica, per organizzare il rientro domiciliare in condizioni di protezione deve, quindi, essere precocemente attivata la Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) (medica, infermieristica, fisioterapica, sociale) del territorio/ASL della persona in SV, SMC o con grave disabilità, esiti tutti di gravi cerebrolesioni acquisite."

#### Accesso alle Cure Domiciliari

Nello specifico, fermo restante quanto già è stato rappresentato in precedenza la proposta di ammissione all'ADI/CDI è formulata dall'UO distrettuale competente (PUA) in raccordo con il MMG, stante il consenso informato e il rispetto della privacy del diretto interessato.

La proposta di ammissione deve essere predisposta su supporto informatico/cartaceo e deve contenere, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso, le seguenti informazioni:

- Bisogno/problema rilevato
- Prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione dell'ADI/CDI
- Tempi di attivazione dell'UVI

Tale proposta è inviata al Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) al quale è affidata la responsabilità di attivare l'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;
- Presa in carico da parte del medico di medicina generale o pediatra di libera scelta (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica negli orari e nei giorni previsti dai CC.CC.NN).

Sulla base della proposta per l'ammissione all'ADI/CDI viene convocata l'UVI.

La UVI, come già riferito, svolge i seguenti compiti:

- Effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare;
- 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.

Nella valutazione multidimensionale dell'UVI deve essere utilizzato uno strumento specifico al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione - la scheda SVAMA.

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.

E' fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con la persona assistita e/o la sua famiglia.

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.

Il Responsabile del caso viene individuato in sede UVI ed è all'UVI che deve direttamente rispondere del suo operato.

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.

Il Progetto Personalizzato, come già riferito, 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 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 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 conclusa 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 - residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità, ecc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente e agli operatori.

Tutte le proposte di modifica vanno ratificate dall'UVI.

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 ( numero di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, numero ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, piani di intervento per profili professionali impegnati, ecc.);
- Fornitura di presidi/farmaci e materiali vari;

- Strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi).

L'Equipe Operativa dispone 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 periodicamente per la registrazione nel sistema informativo delle prestazioni effettivamente erogate.

Inoltre, 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.

Inoltre, si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, a seguito di verifica da parte della UVI;
- 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).

## **12- Assistenza integrata per Anziani non autosufficienti e cittadini affetti da demenza in regime residenziale**

Procedure per l'accesso e la presa incarico

La segnalazione, la proposta d'accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione del progetto personalizzato dell'U.V.I., l'individuazione del responsabile della presa in carico sono regolate dalle linee di indirizzo generali sopra esposte.

In caso di decisione di ricovero in RSA, il Distretto Sanitario (U.V.I. in raccordo con la U.O.A. ed in accordo con l'assistito o suo delegato) , individua la struttura di destinazione:

- a) se la struttura rientra nell'ambito della ASL Napoli 3 Sud, comunica al Responsabile Settore Anziani, che provvederà al ricovero e/o alla inclusione della lista di attesa. - ai sensi della nota prot n. 554 del 11/03/2013 ad oggetto "Procedure di invio in assistenza residenziale (RSA Anziani), Lista di attesa.
- b) se la struttura è fuori dall'ambito della ASL NA 3 Sud sarà il Distretto Sanitario ad adoperarsi per il ricovero: sarà contattata la RSA prescelta, comunicherà al MMG dell'utente ed al Comune di residenza, modalità e data di ricovero e rilascia all'assistito o ai suoi familiari l'autorizzazione.

La struttura che esegue il ricovero darà comunicazione al MMG del cittadino, al Comune di residenza, al Distretto Sanitario di residenza dell'utente dell'avvenuto ricovero, se diverso, anche al Distretto Sanitario in cui insiste la struttura.

Il progetto e il relativo piano esecutivo sono soggetti a verifica periodica da parte della U.V.I. secondo i tempi e le modalità previste dalla stessa e, comunque, non oltre i tre/sei mesi.

Tutte le modifiche del progetto assistenziale condotto all'interno della struttura vanno comunicate al Distretto Sanitario (U.O.A.A. e U.V.I) competente, il quale autorizzerà, se necessario, le eventuali modifiche, che saranno anche comunicate al Distretto Sanitario in cui insiste la RSA, in speciale modo quelle comportanti effetti sul piano economico (frequenza degli accessi, livello ed intensità assistenziale, durata della permanenza dimissioni e trasferimenti ed altro) fatte salve situazioni di emergenza.

La data delle dimissioni è indicata nel progetto sociosanitario personalizzato e nel piano esecutivo. Eventuali prolungamenti del ricovero, su motivata proposta da parte del Direttore della RSA, entro i venti giorni precedenti la scadenza del periodo autorizzato, devono essere valutati dalla U.V.I. distrettuale competente.

Nel caso il ricovero sia fruito in una RSA ubicata in un territorio diverso dalla residenza del cittadino, il rinnovo, e quindi l'autorizzazione, del periodo di proroga alla degenza nella medesima RSA, deve provvedere il Distretto Sanitario che ha autorizzato il primo ricovero ovvero deve provvedere il Distretto Sanitario nel cui

territorio risiede l'utente ricoverato. Certamente la valutazione cognitiva funzionale, su richiesta del Distretto Sanitario competente, viene effettuata, per rogatoria, nel Distretto Sanitario dove è ubicata la struttura RSA che comunicherà l'esito al richiedente Distretto Sanitario competente dove risiede il cittadino. Il Distretto Sanitario (U.O./P.U.A./U.V.I.) provvederà, dopo la valutazione, ad emettere, se necessario la relativa autorizzazione di proroga.

E' necessario evidenziare, quindi, che, oltre alla documentazione (primo ricovero o proroga) che il Distretto Sanitario competente deve inviare al Distretto Sanitario dove insite la RSA c'è bisogno anche dell'autorizzazione a firma del Direttore del Distretto Sanitario e/o suo delegato, che si fa garante della regolarità della UVI effettuata.

Qualora l'utente ricoverato presso una RSA avesse nel frattempo cambiato la propria residenza da quella prima del ricovero la competenza delle procedure di proroga è del Distretto Sanitario (U.O./P.U.A./U.V.I.) dove si è avuto il trasferimento del nucleo familiare - quindi dove si è stabilito l'utente interessato e dove è prevista ed è attiva la quota capitaria a carico del SSR (iscrizione al SSR) . Fanno eccezione i casi in cui l'utente è residente presso la stessa RSA dove è ricoverato - in questo caso vale la residenza storica del paziente prima del ricovero.

### **13 - Assistenza integrata per Disabili fisici, psichici e sensoriali in regime residenziale**

Procedure per l'accesso e la presa incarico

La segnalazione, la proposta d'accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione del progetto personalizzato dell'U.V.I., l'individuazione del responsabile della presa in carico sono regolate dalle linee di indirizzo generali sopra esposte.

Nel caso di decisione di ricovero in RSA, il Distretto Sanitario ( UVI in raccordo con la U.O.R. interessata e con l'accordo dell'assistito o suo delegato) individua la struttura di destinazione e comunica al MMG dell'utente ed al Comune di residenza le modalità e data del ricovero.

La struttura che esegue il ricovero darà comunicazione al MMG del cittadino, al Comune di residenza, al Distretto Sanitario di residenza dell'utente dell'avvenuto ricovero, se diverso, anche al Distretto Sanitario in cui insiste la struttura.

Il progetto e il relativo piano esecutivo sono soggetti a verifica periodica da parte della U.V.I. secondo i tempi e le modalità previste dalla stessa e, comunque, non oltre i tre/sei mesi.

Tutte le modifiche del progetto assistenziale condotto all'interno della struttura vanno comunicate al Distretto Sanitario (U.O. Riab. e U.V.I) competente, il quale autorizzerà, se necessario, le eventuali modifiche, che saranno anche comunicate al Distretto Sanitario in cui insiste la RSA, in speciale modo quelle comportanti effetti sul piano economico (frequenza degli accessi, livello ed intensità assistenziale, durata della permanenza dimissioni e trasferimenti ed altro) fatte salve situazioni di emergenza.

Come è stato precedentemente segnalato per le RSA anziani non autosufficienti, si ribadisce, che nel caso il ricovero sia fruito in una RSA ubicata in un territorio diverso dalla residenza del cittadino, il rinnovo, e quindi l'autorizzazione, del periodo di proroga alla degenza nella medesima RSA, deve provvedere il Distretto Sanitario che ha autorizzato il primo ricovero ovvero deve provvedere il Distretto Sanitario nel cui territorio risiede l'utente ricoverato. Certamente la valutazione cognitiva funzionale, su richiesta del Distretto Sanitario competente è effettuata, per rogatoria, nel Distretto Sanitario dove è ubicata la struttura RSA che comunicherà l'esito al richiedente Distretto Sanitario competente dove risiede il cittadino. Il Distretto Sanitario (U.O./P.U.A./U.V.I) provvederà, dopo la valutazione, ad emettere, se necessario la relativa autorizzazione di proroga.

E' necessario evidenziare, quindi, che, oltre alla documentazione (primo ricovero o proroga), il Distretto Sanitario competente deve inviare al Distretto Sanitario, dove insiste la RSA, anche l'autorizzazione a firma del Direttore del Distretto Sanitario e/o suo delegato, che si fa garante della regolarità della UVI effettuata.

Si ribadisce che qualora l'utente ricoverato presso una RSA avesse nel frattempo cambiato la propria residenza da quella prima del ricovero, la competenza delle procedure di proroga è del Distretto Sanitario (U.O./P.U.A./U.V.I.) dove si è avuto il trasferimento del nucleo familiare - quindi dove si è stabilito l'utente interessato e dove è prevista ed è attiva la quota capitaria a carico del SSR (iscrizione al SSR). Fanno eccezione i casi in cui l'utente è residente presso la stessa RSA dove è ricoverato - in questo caso vale la residenza storica del paziente prima del ricovero.

### **13 - Assistenza semiresidenziale integrata per anziani, demenze e disabili**

Il percorso e le procedure sono identiche a quelle descritte per l'assistenza integrata anziani, demenza e disabili in regime residenziale.

### **14 - Dipartimento Salute Mentale**

Merita un breve cenno le attività di prestazioni dedicate ai soggetti con patologie mentali.

La segnalazione, la proposta d'accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione del progetto personalizzato dell'U.V.I., l'individuazione del responsabile della presa in carico sono regolate dalle linee di indirizzo generali già rappresentate.

Nella nostra realtà questi soggetti vengono presi in carico dalla rete del DSM che comprende prestazioni di tipo ambulatoriale - centri diurni - strutture residenziali.

Il DPCM 29/11/2001 sui livelli essenziali di assistenza sociosanitaria declina nel dettaglio la responsabilità del sistema sanitario in termini di assistenza residenziale e semiresidenziale nonché la bassa intensità assistenziale prevista con la compartecipazione del Comune e/o della utenza al fine di offrire un sistema di offerta e di risposte sempre più appropriate al bisogno del cittadino portatore di patologie psichiatriche.

### **15 - SerT**

Come per le prestazioni erogate del Dipartimento di Salute Mentale merita un breve cenno anche le attività di prestazioni di cure domiciliari dedicati ai soggetti tossicodipendenti.

La segnalazione, la proposta d'accesso, la valutazione multidimensionale del bisogno e la definizione del progetto personalizzato dell'U.V.I., l'individuazione del responsabile della presa in carico sono regolate dalle linee di indirizzo generali già rappresentate.

Per i malati di AIDS e sieropositivi, anche se nella nostra realtà non vengono segnalati soggetti in cura e trattati solamente ed esclusivamente presso il proprio domicilio è importante sottolineare che "l'aumentata sopravvivenza dei pazienti HIV/AIDS" "ed il costo elevato

dei ricoveri rendono il modello dell'assistenza ospedaliera integrata con quella a domicilio uno strumento importante ed insostituibile per la gestione di tali pazienti".

Il DPCM 29/11/2001 sui livelli essenziali di assistenza sociosanitaria declina nel dettaglio la responsabilità del sistema sanitario e socio sanitario in termini di assistenza domiciliare con la compartecipazione del Comune e/o della utenza al fine di offrire un sistema di offerta e di risposte sempre più appropriate al bisogno del cittadino portatore di patologie HIV/AIDS.

## 16 - OBIETTIVI

Il Percorso in essere è il frutto del lavoro svolto a seguito delle "Giornate" organizzate da questo Servizio su ordine della Direzione Generale.

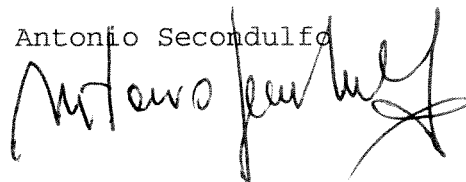
Questo documento è il primo atto congiunto e concordato con i diversi dirigenti coinvolti per la realizzazione dell'assistenza integrata.

L'obiettivo è quello di migliorare i percorsi ed eliminare le criticità presenti ed in particolare sensibilizzare gli attori (i Distretti Sanitari, i Servizi Centrali, i Dipartimenti e gli EE.LL.) a rispondere ai bisogni dei cittadini tenendo presente la economicità, la efficienza e la efficacia delle prestazioni da erogare attraverso dei programmi e dei protocolli di intesa, ma soprattutto attraverso la stipula di accordi di programma che rispettino pienamente il dispiegamento normativo previsto.

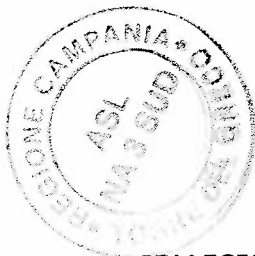
Sarà necessario avviare modalità di cooperazione con gli Enti preposti attraverso l'avvio di una "cultura di servizio" certificata di volta in volta da atti ed intese certe ed ineludibili.

Il Direttore UOC Coordinamento Socio Sanitario

Antonio Secondulfo



Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullo)

Marco Tullo

### **TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. 22965 in data 2 MAG 2013

### **TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

### **TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

### **PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

\_\_\_\_\_

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A:**

|                                      |                                     |                             |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| DIRETTORE SANITARIO D'AZIENDA        | U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL. VAL.  |                             |
| COLLEGIO SINDACALE                   | U.O.C. PATOLOGIA CLINICA            |                             |
| U.O.C. GABINETTO                     | U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE     |                             |
| U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE         | U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN |                             |
| U.O.C. AFFARI GENERALI               | U.O.C. PSICOL. INTEG. DONNA E BAMB. |                             |
| U.O.C. AFFARI LEGALI                 | U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO    | DISTRETTO N. 53             |
| U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.     | U.O.C. RISK MANAGEMENT              | DISTRETTO N. 54             |
| U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE       | U.O.S. ISPETTIVA AMM. VA            | DISTRETTO N. 55             |
| U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA        | U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA          | DISTRETTO N. 56             |
| U.O.C. ASS. ZA RIABILITATIVA AREA A  | COORD. TO COMITATO ETICO            | DISTRETTO N. 57             |
| U.O.C. ASS. ZA RIABILITATIVA AREA B  | COORD. TO GESTIONE LIQUIDATORIA     | DISTRETTO N. 58             |
| U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA          | COORD. TO PROGETTI FONDI            | DISTRETTO N. 59             |
| U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA      | COORD. TO SOCIO SANITARIO AZIEND    | OO. RR. AREA NOLANA         |
| U.O.C. FASCE DEBOLI                  | DIPARTIMENTO FARMACEUTICO           | OO. RR. AREA STABIESE       |
| U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.      | DIPARTIMENTO PREVENZIONE            | OO. RR. GOLFO VESUVIANO     |
| U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN      | DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE         | OO. RR. PENISOLA SORRENTINA |
| U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE        | DISTRETTO N. 34                     |                             |
| U.O.C. GEST. TECN. PATR. IMMOB. OSP. | DISTRETTO N. 48                     |                             |
| U.O.C. GEST. TECN. PATR. IMMOB. TER. | DISTRETTO N. 49                     |                             |
| U.O.C. GEST. TECN. SISTEMI INFORM.   | DISTRETTO N. 50                     |                             |
| U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.      | DISTRETTO N. 51                     |                             |
| U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET.      | DISTRETTO N. 52                     |                             |