

INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

Dott.ssa Laura De Biasio

I principali passaggi normativi del Sistema Welfare in Italia

- ❑ Costituzione Italiana art. 32 – 1948
- ❑ Legge 833 Istituzione SSN – 1978 → Universalità – Uguaglianza – Equità
- ❑ Legge 68 -1999 → tutela dei diritti delle persone con disabilità
- ❑ **Legge 328 – 2000 → riforma del sistema di assistenza sociale in Italia → PDZ (strumento di integrazione sociale)**
- ❑ DPCM 29 novembre 2001 → LEA
- ❑ Legge 189 – 2002 → riforma del sistema pensionistico
- ❑ Riforma del lavoro (Jobs Act) → una serie di misure per la flessibilità del mercato e la promozione dell'occupazione

LEGGE REGIONALE FVG 12 DICEMBRE 2019,N.22

Riorganizzazione dei livelli di assistenza,norme in materia di pianificazione e **programmazione sanitaria e sociosanitaria** e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.

TITOLO I

OGGETTO E FINALITÀ

Art.2

(Finalità)

....

b) l'orientamento del Servizio sanitario regionale al governo della domanda ispirato all'appropriatezza,alla sicurezza delle cure e alla **medicina di iniziativa**;

...

d) **l'accrescimento della partecipazione consapevole** delle persone ai corretti stili di vita e ai percorsi di prevenzione,di diagnosi,di cura,di terapia,di riabilitazione e di assistenza,anche attraverso forme di collaborazione con gli enti delTerzo settore

...

g) la **permanenza del cittadino nel proprio contesto di vita**,anche attraverso la riduzione dell'istituzionalizzazione di minori,anziani,persone con disabilità e la promozione di forme di domiciliarità innovative;

...

i) il coordinamento delle politiche sanitarie,ambientali e pianificatorie,al fine di raggiungere effettivi miglioramenti in termini di **benessere e qualità della vita dei cittadini**;

...

k) l'equità in salute in modo da assicurare la **parità di accesso di tutti i cittadini** al sistema sanitario regionale;

....

**Linee guida per la predisposizione
del Piano di Zona (PDZ)**

Con riferimento alle diverse aree di intervento si confermano gli obiettivi e gli indirizzi già presenti nei diversi atti di programmazione che la Regione ha emanato negli ultimi anni.

AREA MINORI E FAMIGLIA (LR 49/93; LR 17/00; LR 20/04, art. 21; DGR 1891/02, allegato C, scheda 3, obiettivo 2; DGR 399/04, cap. 3.3)

AREA DISABILITA' (LR 17/94; LR 41/96; DGR 1507/97; DGR 655/99; DGR 399/04; DGR 2831/02; DGR 4194/02)

AREA ANZIANI (LR 26/96; LR 10/98; LR 3/02 (art. 5, c. 30); LR 19/04 (art. 3, c. 4); LR 24/04; DGR 688/99; DGR 1891/02; D.P.Reg. 0126/02; D.P.Reg. 0302/02; D.P.Reg. 034/03

AREA DIPENDENZE (LR 57/82; DGR 4021/99; DGR 3178/02)

AREA DISAGIO E MARGINALITA' SOCIALE (LR 33/88, art.22, comma 4; DGR 1891/02; LR 1/04, art. 3, comma 1):

Riorganizzazione dei livelli di assistenza,norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006.

TESTOVIGENTE dal 14/05/2024

- 1.Il Piano di zona (PDZ) è lo strumento fondamentale per la definizione del **sistema integrato degli interventi e servizi sociali del territorio di competenza dei Comuni associati negli ambiti territoriali**. Il PDZ costituisce inoltre mezzo di partecipazione degli attori sociali al sistema integrato.
2. Il PDZ è definito in coerenza con la programmazione regionale ed **è coordinato con la programmazione locale in materia sanitaria, educativa, formativa, del lavoro, culturale, abitativa e dei trasporti e nelle altre materie afferenti alle politiche sociali**.
3. **Il PDZ** è informato ai principi di responsabilità, solidarietà e sussidiarietà e **deve garantire un sistema efficace, efficiente, capace di produrre promozione, prevenzione, cura, tutela e inclusione sociale**, anche attraverso il coinvolgimento delle risorse locali di solidarietà e di auto-mutuo aiuto.

4. Il PDZ definisce in particolare:

- a) l'analisi del bisogno;
- b) gli obiettivi di sviluppo, tutela e inclusione sociale e i relativi indicatori di verifica;
- c) gli obiettivi di sistema dei servizi e le priorità di intervento;
- d) le modalità organizzative dei servizi;
- e) le attività di tipo integrato previste dagli articoli 55, 56 e 57;
- f) le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e servizi sociali locali e le quote rispettivamente a carico dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente e dei Comuni necessarie per l'integrazione sociosanitaria;
- g) le modalità di coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali;
- h) le modalità di collaborazione tra servizi e soggetti impegnati nelle diverse forme di solidarietà sociale;
- i) le forme di concertazione con l'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente, per garantire la cooperazione nell'ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria;
- j) le forme e gli strumenti comunicativi per favorire la conoscenza e la valutazione partecipata dei cittadini in merito alle attività, alle prestazioni e ai servizi disponibili, compresa la redazione, da parte degli enti e organismi gestori, del bilancio sociale

5. Il PDZ può prevedere progetti di comunità riguardanti azioni e attività di prevenzione sociosanitaria e di promozione di adeguati stili di vita, diretti a gruppi a rischio sociale o sanitario, nonché a fasce di popolazione interessate da problematiche connesse ai cicli vitali dell'individuo e della famiglia.

6. Il PDZ è definito dai Comuni associati di cui al comma 1, con il concorso dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente, delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, e di tutti i soggetti di cui all' articolo 1, comma 4, della legge 328/2000 attivi nella programmazione, nell'organizzazione e nella gestione del sistema integrato a livello locale. In particolare è assicurato il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore di cui all' articolo 4 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106), nonché delle organizzazioni dei cittadini e delle loro associazioni.

7. Il PDZ è approvato con accordo di programma, promosso dal Presidente dell'Assemblea dei sindaci del Servizio sociale dei Comuni e sottoscritto dallo stesso, dai sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale di pertinenza e, in materia di integrazione sociosanitaria, dal Direttore generale dell'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente. È sottoscritto altresì dai Presidenti delle Aziende pubbliche di servizi alla persona e dai soggetti di cui all' articolo 1, comma 4, della legge 328/2000, i quali partecipano alla conferenza finalizzata alla stipulazione dell'accordo di programma e concorrono all'attuazione degli obiettivi del PDZ con risorse proprie.

TERZO SETTORE

insieme di enti privati non profit che operano per finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale, svolgendo attività di interesse generale

Esempi di enti del Terzo settore:

- Organizzazioni di volontariato (ODV)
- Associazioni di promozione sociale (APS)
- Imprese sociali (incluse le cooperative sociali)
- Enti filantropici
- Società di mutuo soccorso
- Associazioni sportive dilettantistiche
- Organizzazioni non governative (ONG)

8. Il PDZ ha durata triennale e conserva efficacia fino all'entrata in vigore di quello successivo. Il PDZ è aggiornato annualmente mediante Piani attuativi annuali (PAA) che declinano per l'anno di riferimento le azioni che si intendono realizzare e le relative risorse da impiegare.

9. Ai fini della programmazione congiunta delle attività di cui al comma 4, lettera e), che richiedono unitamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale finalizzate a garantire, entro un quadro unitario, percorsi integrati per il benessere della persona, il PAA, di cui all'articolo 20, comma 3, lettera b), contiene un apposito allegato di programmazione integrata locale in materia sociosanitaria che prevede azioni individuate congiuntamente tra il Servizio sociale dei Comuni e l'Ente del Servizio sanitario regionale territorialmente competente con il coinvolgimento di tutte le strutture operative, relative alle seguenti aree di integrazione sociosanitaria:

- a) prestazioni a persone non autosufficienti e in condizione di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse;
- b) prestazioni a persone affette da patologie con indicazione di cure palliative;
- c) prestazioni a persone con disabilità;
- d) prestazioni a minori con disturbo in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo;
- e) prestazioni a persone con disturbo mentale;
- f) prestazioni a persone con dipendenza patologica;
- g) prestazioni di assistenza distrettuale a minori, donne, coppie e famiglie.

10. Il documento recante le azioni programmate in materia di integrazione sociosanitaria, regolate con atto di intesa tra gli enti locali e gli enti del Servizio sanitario regionale, è allegato al PAA e al Piano attuativo del corrispondente ente del Servizio sanitario

I PIANI DI ZONA - PDZ

- STRUMENTO LEGISLATIVO
- PER ATTIVARE UNA « RETE DI SERVIZI INTEGRALI »
- IN AMBITO SOCIALE E SOCIO – SANITARIO



LEGGE 328/2000 Art. 19

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali



Assegna ai Comuni associati il compito di tutelare i diritti della popolazione

GLI ATTORI DEL PIANO DI ZONA

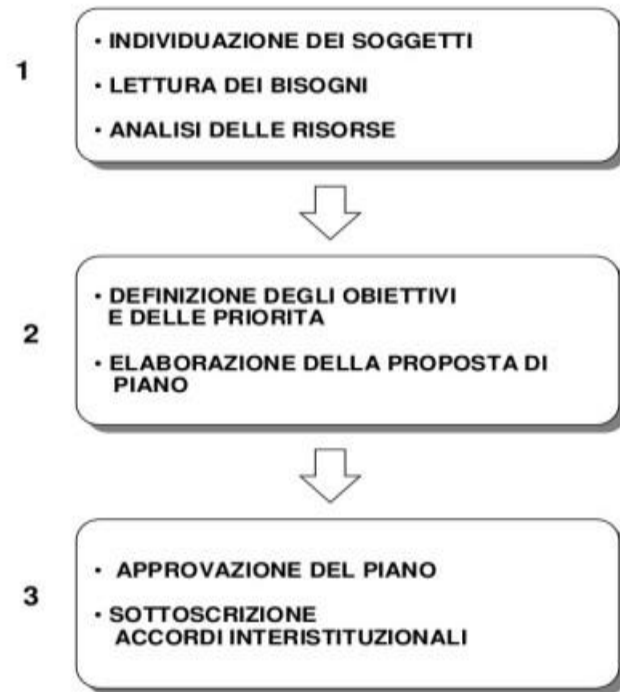


I PIANI DI ZONA – PDZ

Università di Milano Bicocca – Laurea in Scienze pedagogiche, corso POLITICHE SOCIALI II, Marzo - Maggio 2011,
Paolo Ferrario, I PIANI DI ZONA nella Legge 328/2000

11

FASI PER LA COSTRUZIONE DEI PIANI DI ZONA



Soggetti sottoscrittori l'Accordo di programma per tipologia di soggetto ([Elenco sottoscrittori.pdf](#))
(n. in valore assoluto)



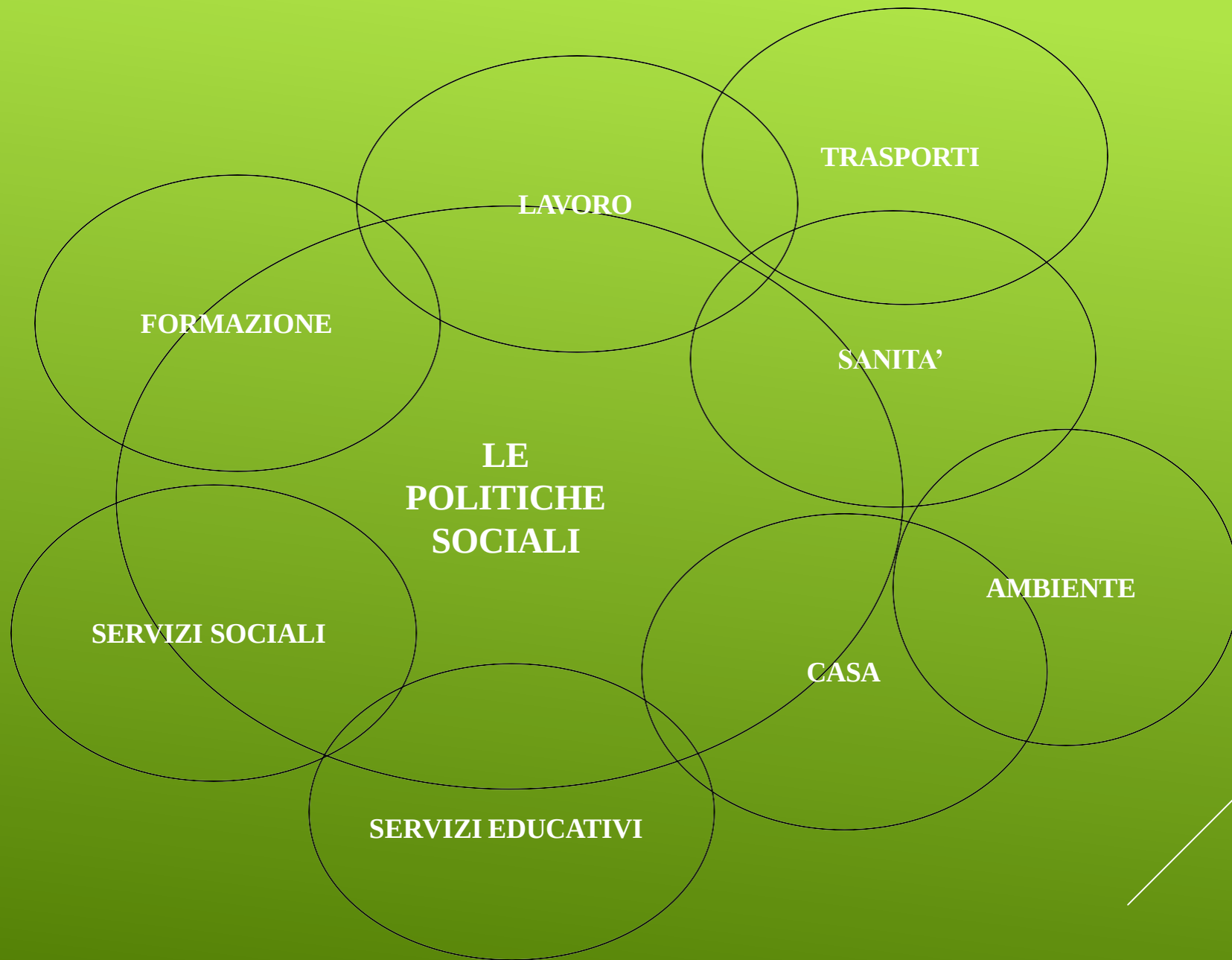


[← Indietro](#)

Piani di Zona

Il Piano di Zona (PdZ) rappresenta lo strumento fondamentale per la programmazione e l'organizzazione dei servizi alla persona a livello territoriale e costituisce una componente significativa delle più ampie politiche regionali di welfare. Dal triennio 2013-2015, il Piano di Zona diventa lo strumento strategico della programmazione complessiva delle attività dei servizi sociali dei comuni.

Il Piano di Zona definisce e attua anche una programmazione unitaria nelle aree di integrazione sociosanitaria, tramite il rafforzamento del raccordo tra sistema locale dei servizi e degli interventi e la programmazione distrettuale/aziendale.



COMPITI DELLE REGIONI – L. 328/2000

- ✓ DETERMINARE GLI AMBITI TERRITORIALI
- ✓ DEFINIRE STRUMENTI PER LA GESTIONE UNITARIA DEL SISTEMA LOCALE DEL SERVIZIO SOCIALE
- ✓ PREVEDERE INCENTIVI PER L'ESERCIZIO ASSOCIATO DELLE FUNZIONI SOCIALI IN AMBITI TERRITORIALI COINCIDENTI CON I DISTRETTI SANITARI

Ambiti del FRIULI VENEZIA GIULIA

- ambiti territoriali del Servizio sociale dei Comuni sono 18
- 2 = area triestina (Trieste) e giuliana (comuni del Carso Giuliano)
- 2 = area goriziana – Collio – Alto Isontino e Carso Isonzo Adriatico
- 5 = Friuli occidentale (Livenza-Cansiglio-Cavallo-Tagliamento-Valli e Dolomiti friulane – Noncello
- 9 = Ex provincia di Udine (Gemonese Canal del Ferro – Val Canale, Carnia, Torre, Natisone, Medio Friuli, Friuli Centrale – Agro Aquileiese – Riviera Bassa Friulana)

I SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI IN FVG

Dimensione demografica da
45.000 abitanti

25.000 se più della metà residenti
in comuni montani o parzialmente
montani. Coincide con i distretti



**Presenza di un Fondo sociale
regionale, per il conseguimento
degli standard previsti**

- I SSC e i loro enti gestori:

- Carso giuliano: comune di Muggia
- Triestino: comune di Trieste
- Collio – Alto Isontino: comune di Gorizia
- Carso Isonzo Adriatico: comune di Monfalcone



**Territorio
ASUGI**

INTEGRAZIONE SOCIO – SANITARIA



DEFINIZIONE DI SERVIZIO SOCIALE

SECONDO IL D. LGS. 112/98 – ART. 128

«il complesso delle attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi gratuiti e a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia»

Il sistema sociale **PLANIFICA** alla pari del sistema sanitario

Il sistema sociale **GARANTISCE** alcuni diritti sociali → LEP sociali o LIVEAS

Il sistema sanitario **GARANTISCE** alcuni diritti essenziali → LEA

INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Il sistema sociale **PIANIFICA** alla pari del sistema sanitario

Il sistema sociale **GARANTISCE** alcuni diritti sociali → LEP sociali o LIVEAS

Il sistema sanitario **GARANTISCE** alcuni diritti essenziali → LEA

LEPS (Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali) –

Ambiti territoriali Sociali

La L. 234/2021 articolo 1 comma 170 (finanziaria 2022) ha approvato sei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) prioritari e uno di questi è costituito dai “Servizi sociali per le dimissioni protette”.

Il «Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023» definisce le **dimissioni protette** come: «un insieme di azioni che costituiscono il processo di passaggio organizzato di un paziente dall'ambiente ospedaliero o simile ad un ambiente di cura di tipo familiare, al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.»

Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 (DPCM 3/10/2022) testualmente afferma che si devono considerare LEPS:

- a.1 l'assistenza domiciliare sociale;
- a.2 assistenza sociale integrata con i servizi sanitari;
- a.3 soluzioni abitative, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione;
- a.4 adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona”; ...

In tale quadro il LEPS deve garantire:

l'assistenza domiciliare sociale: Interventi di supporto alla persona nella gestione della vita quotidiana e/o con esigenza di tutela, al fine di garantire il recupero/mantenimento dell'autosufficienza residua, per consentire la permanenza al domicilio il più a lungo possibile e ritardando un eventuale ricorso alla istituzionalizzazione, attraverso un sostegno diretto nell'ambiente domestico e nel rapporto con l'esterno.

l'assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria. La formulazione del Piano nazionale non autosufficienza 2022-2024 non è abbastanza esplicita ma il punto evidenzia la necessità di integrare l'assistenza domiciliare sociale con quella sanitaria al fine di garantire la continuità assistenziale e promuovere percorsi di aiuto a sostegno della salute e del benessere della persona tramite interventi coordinati tra sanitario e sociale.

soluzioni abitative...;

adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza”. Il telesoccorso è costituito da un'installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli opportuni interventi sia di effettuare telefonate “monitoraggio” ai soggetti in carico.

LEA

Dimissioni protette da LEA a LEPS... il telesoccorso

LEPS

- Legge regionale 26 luglio 1996, n°26 (Disciplina del servizio di telesoccorso- tutt'ora vigente), art 4 prevede che il servizio afferisca al complesso delle attività integrate rivolte agli anziani di competenza del Distretto [...]
- Legge regionale 19 maggio 1998, n. 10 (Norme in materia di tutela della salute e di promozione sociale delle persone anziane, nonché modifiche all'articolo 15 della legge regionale 37/1995 in materia di procedure per interventi sanitari e socio-assistenziali), che agli articoli 23 e 31 individua il telesoccorso-telecontrollo tra le forme di intervento in cui si esprime il sistema dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone anziane [...]
- Delibera della Giunta Regionale n. 1265/2024, che determina il numero e la ripartizione delle utenze per Azienda [...]
- Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023, cap 2, modalità operative di accesso, pag n°62
Telesoccorso: Installazione di un terminale sul telefono di casa, che mette in collegamento la persona 24 ore su 24 con una centrale operativa in grado di attivare un intervento immediato in situazioni di necessità. È necessario che il gestore metta a disposizione personale presente 24 ore su 24 presso la sede della centrale operativa, in grado sia di ricevere le telefonate ed attivare gli 3 opportuni interventi sia di effettuare telefonate "monitoraggio" ai soggetti in carico [...]
- Legge di bilancio 2022, art 1 c. 159 recita che fermo restando quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017[...] i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane, sono erogati dagli ATS, [...] compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza [...]
- il Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022 – 2024 prevede, alle voci "assistenza domiciliare sociale" e "assistenza sociale integrata con i servizi sanitari" e ai contenuti "servizi di telesoccorso e teleassistenza" quali obiettivi del percorso assistenziale integrato:
- 2022 la costituzione del sistema unitario dei punti di accesso nell'ambito territoriale sociale e nell'ambito territoriale sanitario; Il protocollo operativo di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- 2023 strumenti unitari per la valutazione preliminare condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. Accordo di programma di funzionamento dell'Équipe Integrata comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.
- 2024 l'adozione di "Strumenti unitari per la valutazione multidimensionale condivisi dall'ambito territoriale sociale e dall'ambito territoriale sanitario. protocolli operativi di funzionamento dell'Unità di valutazione multidimensionale comune all'ambito territoriale sociale e all'ambito territoriale sanitario.



sistema sociale e sanitario

home / aree tematiche / sistema sociale e sanitario / "sicuri a casa": servizi di teleassistenza domiciliare in fvg

SISTEMA SOCIALE E SANITARIO

SISTEMA SANITARIO

SISTEMA SOCIALE

SERVIZI

ASSISTENZA DOMICILIARE E RSA

> "Sicuri a casa": i servizi di teleassistenza
e telesoccorso domiciliare

TARIFE E RIMBORSI

ASSISTENZA SANITARIA ALL'ESTERO

PROGETTI EUROPEI

ACCREDITAMENTO DI STRUTTURE

ASSISTENZA FARMACEUTICA

AREA OPERATORI



ASSISTENZA DOMICILIARE E RSA

"SICURI A CASA": I SERVIZI DI TELEASSISTENZA E TELESOCORSO DOMICILIARE

*Sono servizi della Regione rivolti alle persone anziane o fragili
che desiderano essere seguite e protette restando a casa
propria.*

INDICE DEI CONTENUTI

- > Teleassistenza
- > Telesoccorso
- > Telecompagnia
- > Custodia chiavi
- > Agenda farmaci
- > Consegna farmaci

CONTATTI

Servizio programmazione e sviluppo
dei servizi sociali e dell'integrazione e
assistenza sociosanitaria

Arianna Andreiasic

indirizzo

TRIESTE - Via Cassa Di Risparmio, 10

telefono

0403775532

e-mail

arianna.andreiasic@regione.fvg.it

posta certificata

salute@certregione.fvg.it

normativa



TELEASSISTENZA

È un servizio della Regione rivolto alle persone anziane o fragili che desiderano essere seguite e protette restando a casa propria.

Basta solo un telefono per poter contare 24 ore su 24 su personale qualificato, pronto a intervenire in qualunque situazione di bisogno o di emergenza.

Per rispondere al meglio ai diversi bisogni delle persone più a rischio è prevista anche la sperimentazione di nuove tecnologie per l'assistenza domiciliare.

[Ritorna all'indice](#) ^

TELESOCCORSO

Grazie a un piccolo apparecchio portatile, costituito da un pulsante e connesso al telefono di casa tramite apposito dispositivo (o a un cellulare con tasto di soccorso*), ogni utente è collegato 24 ore su 24 alle centrali operative presenti sul territorio regionale.

Premendo il pulsante, in caso di necessità, l'assistito può parlare in viva voce con gli operatori delle centrali.

La cartella personale informatizzata, contenente tutti i dati utili in caso di emergenza (ubicazione, condizioni di salute, persone di riferimento e in possesso di chiavi), consente agli operatori di attivare una risposta tempestiva e adeguata al bisogno.

*Il cellulare di soccorso viene fornito all'utente in via provvisoria in mancanza di rete telefonica fissa, sentiti gli operatori sociosanitari.

teleassistenza domiciliare "Sicuri a casa"

DGR 1265/2024

Lr 26/1996 Quantificazione utenze servizio regionale telesoccorso-telecontrollo.



modulistica

Link

TesanTelevita S.r.l.

Servizio di Teleassistenza domiciliare

Azienda Sanitaria Universitaria
Giuliano Isontina (ASU GI)

[Elenco Distretti](#)

Azienda Sanitaria Universitaria Friuli
Centrale (ASU FC)

[Elenco Distretti](#)

Azienda Sanitaria Friuli Occidentale
(AS FO)

[Elenco Distretti](#)



[Ritorna all'indice](#) ^

CUSTODIA CHIAVI

Nei capoluoghi e comuni limitrofi, prevalentemente per le persone prive di rete di riferimento, è attivo anche un servizio di custodia chiavi con pronto intervento 24 ore su 24 in caso di emergenza, grazie a personale autorizzato e qualificato.

[Ritorna all'indice](#) ^

AGENDA FARMACI

Consiste in un contatto telefonico programmato, a orari stabiliti e più volte al giorno, utile a ricordare all'utente l'assunzione di medicinali prescritti dal medico.

È riservato a particolari utenti, su autorizzazione degli operatori sociosanitari.

[Ritorna all'indice](#) ^

CONSEGNA FARMACI

Nei capoluoghi la Teleassistenza prevede anche un servizio di consegna dei farmaci a domicilio a titolo gratuito, in orario di farmacie chiuse e in presenza di ricetta urgente rilasciata dal medico in visita.

Dimissioni protette da LEA a LEPS il telesoccorso

TRL TELESOCORSO REGIONALE (area Giuliano/Isoncina)	TAAS TELESOCORSO AZIENDALE (area Giuliana)
• Banca posti disponibili gestita a livello Regionale 1785 utenti ASUGI, 1250 con custodia chiavi, 7 agenda farmaci • Servizi: Telesoccorso, Telecontrollo (in raccordo con Distretti e servizi sociali sec. LR 26/1996), Custodia chiavi (per 1200 utenti), Pronto intervento • Agenda Farmaci, Consegna farmaci a pagamento • Il distretto verifica la sussistenza dei requisiti: rischio sanitario, parziale non autosufficienza, bisogno di assistenza post ospedaliera, condizione di disagio e/o isolamento sociale.	□ Banca posti disponibili gestita a livello Aziendale 640 utenti con custodia chiavi, 7 agenda farmaci □ Servizi: Telesoccorso, Telecontrollo, custodia chiavi, pronto intervento, consegna farmaci a domicilio (gratuita), n°60 posti di controllo salute e aderenza alle terapie farmacologiche. Inoltre il servizio in quanto inserito nel sistema di prestazioni dell'Azienda Sanitaria deve: 1. rispondere ad eventuali chiamate degli operatori di distretto e MMG richiedenti assistenza per un loro assistito già utente in servizio, (se richiesto) 2. ricercare il contatto del MMG con l'assistito, secondo quanto richiesto nelle singole circostanze dai distretti o dai servizi aziendali, (se richiesto) 3. fungere da punto di riferimento costante nell'arco delle 24 ore per l'Azienda per il monitoraggio continuo e costante dell'utenza maggiormente a rischio (ora attivo)



PIANO NAZIONALE DELLA PREVENZIONE 2020 - 2025

- sostenere l'interazione organizzativa, funzionale, operativa di tutte le risorse interne ed esterne al sistema sanitario, a partire dal Dipartimento di prevenzione
- rafforzare il sistema di monitoraggio e valutazione dei processi e dei risultati

Il PNP 2020-2025 si propone, inoltre, di guidare e accelerare il processo di attuazione del LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017)

Il DPCM individua tre grandi Livelli:

- 1) *Prevenzione collettiva e sanità pubblica*
- 2) *Assistenza distrettuale*
- 3) *Assistenza ospedaliera*

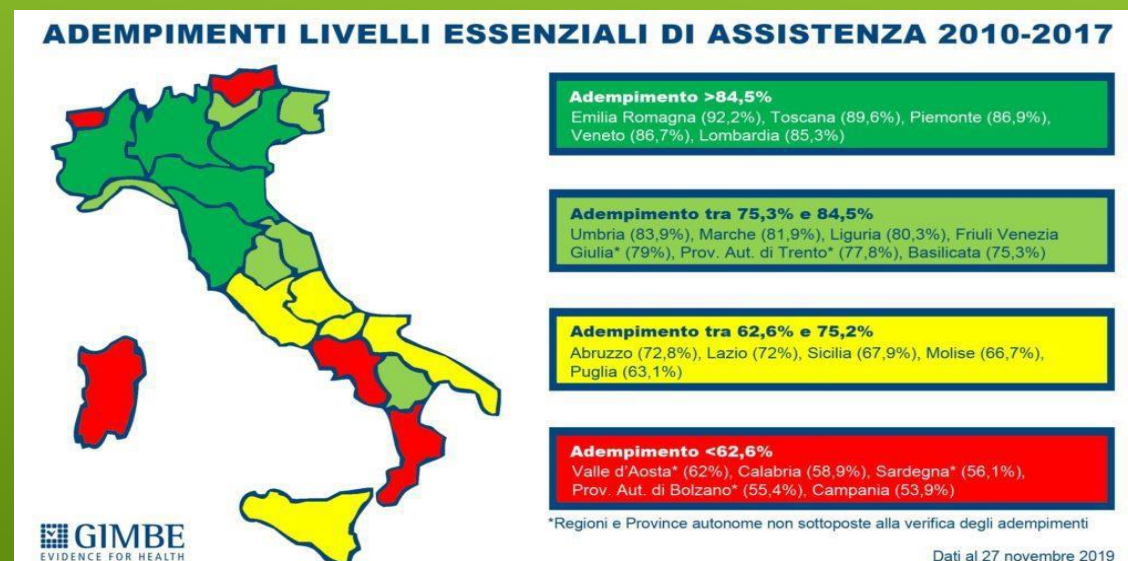


Tabella 1. Adempimenti LEA anno 2023

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Abruzzo	54	45	83	Inadempiente
Basilicata	68	52	69	Inadempiente
Calabria	68	40	69	Inadempiente
Campania	62	72	72	Adempiente
Emilia-Romagna	97	89	92	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	81	81	73	Adempiente
Lazio	63	68	85	Adempiente
Liguria	54	85	80	Inadempiente
Lombardia	95	76	86	Adempiente
Marche	74	83	91	Adempiente
Molise	58	73	62	Inadempiente
Provincia Aut. di Bolzano	58	82	62	Inadempiente
Provincia Aut. di Trento	98	83	97	Adempiente
Piemonte	93	90	87	Adempiente
Puglia	74	69	85	Adempiente
Sardegna	65	67	60	Adempiente
Sicilia	49	44	80	Inadempiente
Toscana	95	95	96	Adempiente
Umbria	93	80	84	Adempiente
Valle d'Aosta	77	35	53	Inadempiente
Veneto	98	96	94	Adempiente

Punteggio ≥ 60 < 60

Dati Ministero della Salute

Tabella 2. Punteggio totale adempimenti LEA anno 2023

Regione	Punteggio totale 2023
Veneto	288
Toscana	286
Emilia-Romagna	278
Prov. Aut. Trento	278
Piemonte	270
Lombardia	257
Umbria	257
Marche	248
Friuli Venezia Giulia	235
Puglia	228
Liguria*	219
Lazio	216
Campania	206
Prov. Aut. Bolzano*	202
Molise*	193
Sardegna	192
Basilicata*	189
Abruzzo*	182
Calabria*	177
Sicilia*	173
Valle d'Aosta*	165

Quartili ≤192 >192 e ≤219 >219 e ≤257 >257

LEA (Livello Essenziale di Assistenza)

L'Art. 22 del DPCM 12.1.2017 che disciplina i LEA declina le funzioni e i livelli di **assistenza domiciliare**. L'Azienda sanitaria accerta il bisogno clinico, funzionale e sociale del paziente attraverso:

1. Idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona.
2. La definizione del Progetto di assistenza individuale» (PAI) sociosanitario integrato.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari, il LEA si articola nei seguenti livelli:

1. Cure domiciliari di livello base;
2. Cure domiciliari integrate (ADI) di I livello;
3. Cure domiciliari integrate (ADI) di II livello;
4. Cure domiciliari integrate (ADI) di III livello;

erogate interamente a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera e per una quota pari al 50% dei costi relativi all'aiuto infermieristico e all'assistenza tutelare professionale nei giorni successivi.

a) livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello basesono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (I)) inferiore a 0,14.

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I^a livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo o medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso ... richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI).

c) cure domiciliari integrate (ADI) di II^a livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico-infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso....richiedono la valutazione multidimensionale, la «presa in carico» della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI)

d) cure domiciliari integrate (ADI) di III^a livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativopersone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA maggiore di 0,50, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al caregiver.....richiedono la valutazione multidimensionale, la presa in carico della persona e la definizione di un «Progetto di assistenza individuale» (PAI) ovvero di un «Progetto riabilitativo individuale» (PRI)

Coefficiente di intensità assistenziale

un indicatore che sostanzialmente misura la frequenza degli accessi nel periodo di presa in carico

Il CIA si ottiene dal **rapporto** tra numero di Giornate Effettive di Assistenza (GEA) e numero di Giornate di Cura (GdC), ovvero **tra il numero di giornate in cui viene eseguito almeno un accesso al domicilio e il numero totale di giornate di presa in carico**

COME PRENDERE IN CARICO LE PERSONE AFFETTE DA MALATTIE CRONICO DEGENERATIVE?



MODELLI CHE CARATTERIZZANO LE CURE DI COMUNITÀ

MODELLO CONCETTUALE

- Struttura teorica composta da concetti e relazioni
- Per aiutare a spiegare, prevedere un fenomeno o un campo di studio

MODELLO PROFESSIONALE

- Insieme di linee guida, competenze e valori etici e standard pratici che definiscono l'identità dei professionisti sanitari
- Serve per orientare la formazione, la pratica clinica e la ricerca

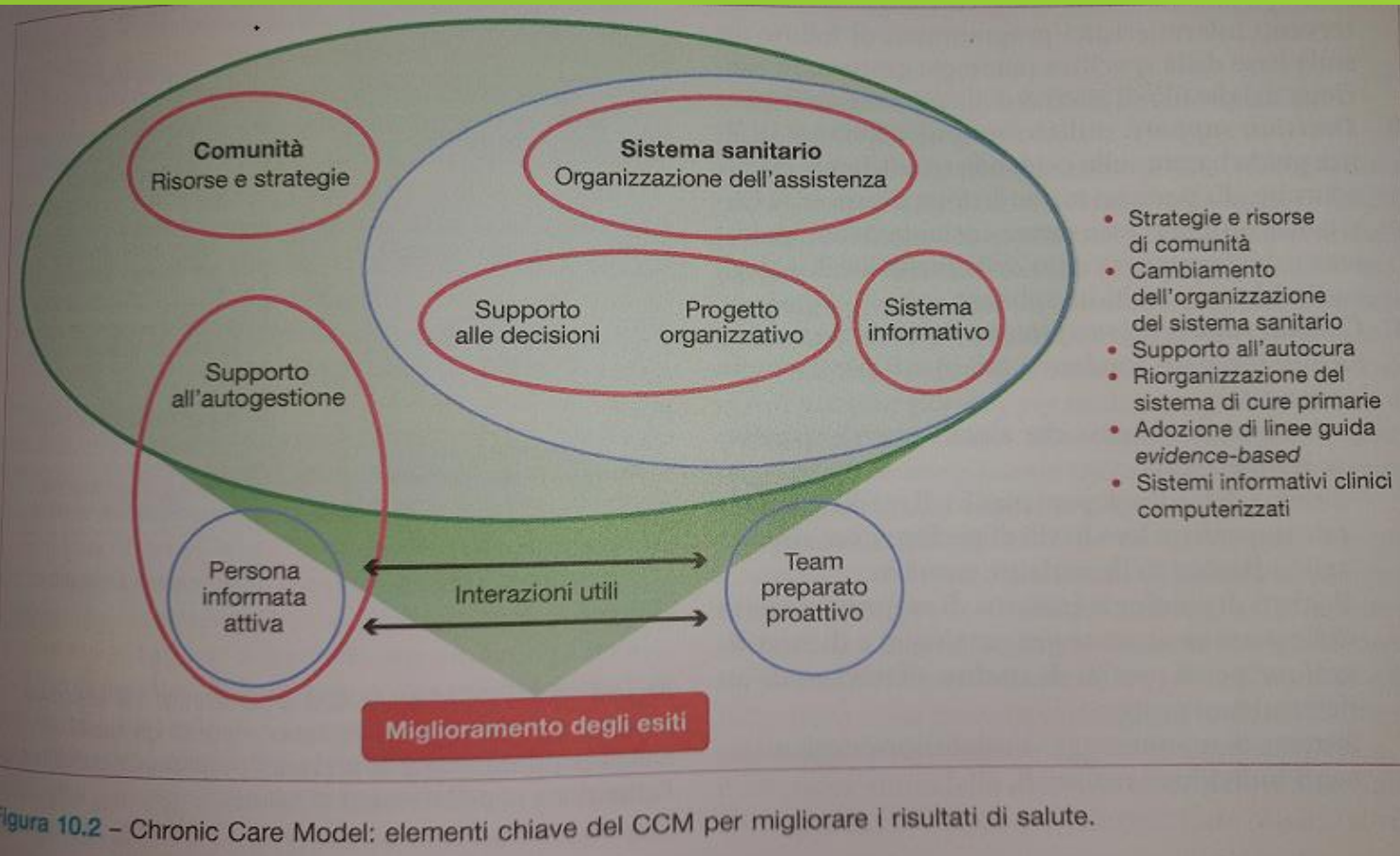
MODELLO ORGANIZZATIVO

- Insieme di pratiche, procedure e politiche che determinano come vengono erogati i servizi sanitari
- Include la strutturazione dell'assistenza, la gestione delle risorse, l'organizzazione del personale e l'impiego della tecnologia
- Il modello guida il funzionamento delle strutture sanitarie → efficienza – qualità delle cure

MODELLI ORGANIZZATIVI

CHRONIC CARE MODEL - — *prof. Wagner e colleghi*

Modello per l'assistenza delle malattie croniche sviluppato dal McColl Institute for Healthcare Innovation California



La cura delle malattie croniche ha bisogno di un'azione sistemica e coordinata con coinvolgimento degli stakeholder

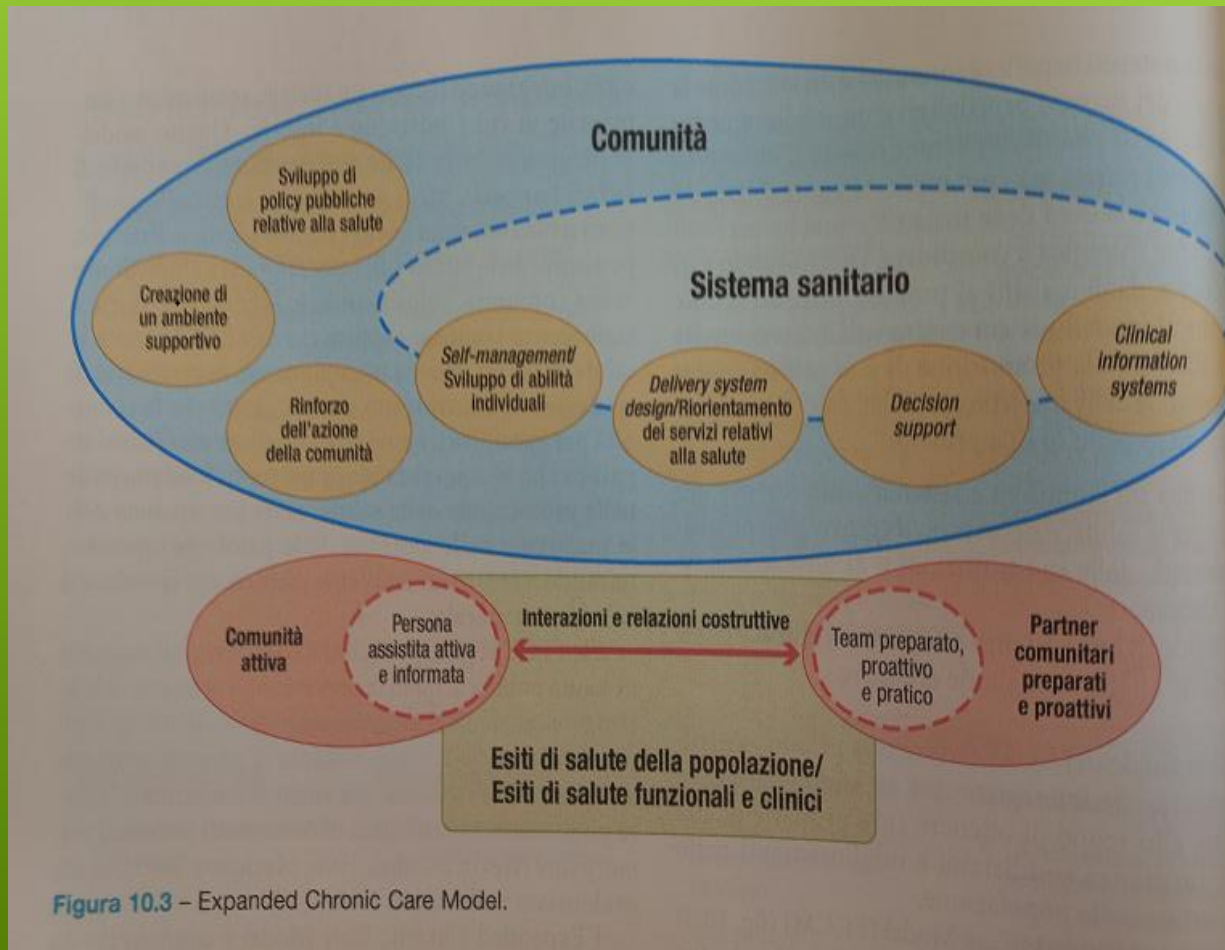
Due principi:

- Alleanza tra comunità e sistema sanitario
- Sviluppo di un'assistenza efficiente ed efficace



PERSONA INFORMATA CHE
INTERAGISCE CON UN TEAM
PREPARATO E PROATTIVO

EXPANDED CHRONIC CARE MODEL



- Versione avanzata del modello originale
- Ha in sé una comprensione approfondita dei Determinanti sociali della salute
- Integra il contesto sociale, economico e ambientale in cui l'individuo è inserito
- Approccio del modello con un sistema interconnesso tra comunità e soggetto
- Gli outcome verso le persone, comunità e intera popolazione



PREVENZIONE PRIMARIA COLLETTIVA
DETERMINANTI DI SALUTE

MODELLO ORGANIZZATIVO A RETE

Impostato su COLLABORAZIONE TRA DIVERSI NODI → ospedali – cliniche e servizi di comunità
Flessibilità

I modelli a rete :

- ✓ Hanno la capacità di gestire processi specializzati e hanno la governance sui processi di cura
- ✓ Hanno reti di connessione tra le parti dell'organizzazione che sono sistemi vitali autoregolati
- ✓ I nodi o collegamenti, permettono una maggiore flessibilità e rapidità decisionale

Esempi di nodi sono:

- ☐ Infermieri di famiglia e di comunità
- ☐ Punto Unico di Accesso (PUA) o Punto Unico Integrato (PUI)



ALTRI ESEMPI NEL MONDO - 1

Regno Unito → National Health Service Social Care and Chronic Disease Management Model



- 1) Partenariati collaborativi
- 2) Interventi basati su prove di efficacia
- 3) Misurazione degli outcome
- 4) Comunicazione dei risultati
- 5) Cura di sé e responsabilizzazione dell'assistito → esiti patient-centered migliore

MODELLI PREDITTIVI E DI STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE

Si basano su algoritmi e tecniche di machine learning che analizzano grandi volumi di dati clinici e non clinici per identificare schemi e tendenze che possono indicare un rischio elevato di condizioni mediche o esiti avversi

Il modello Kaiser Permanente ha integrato il Chronic Care Model con un focus sulla stratificazione del rischio

La stratificazione considera le combinazioni di diagnosi sia acute che croniche in un individuo → per allocare le risorse sanitarie in modo allineato ai bisogni di salute
→ promuove un cambio di approccio da «reattivo» a «proattivo»

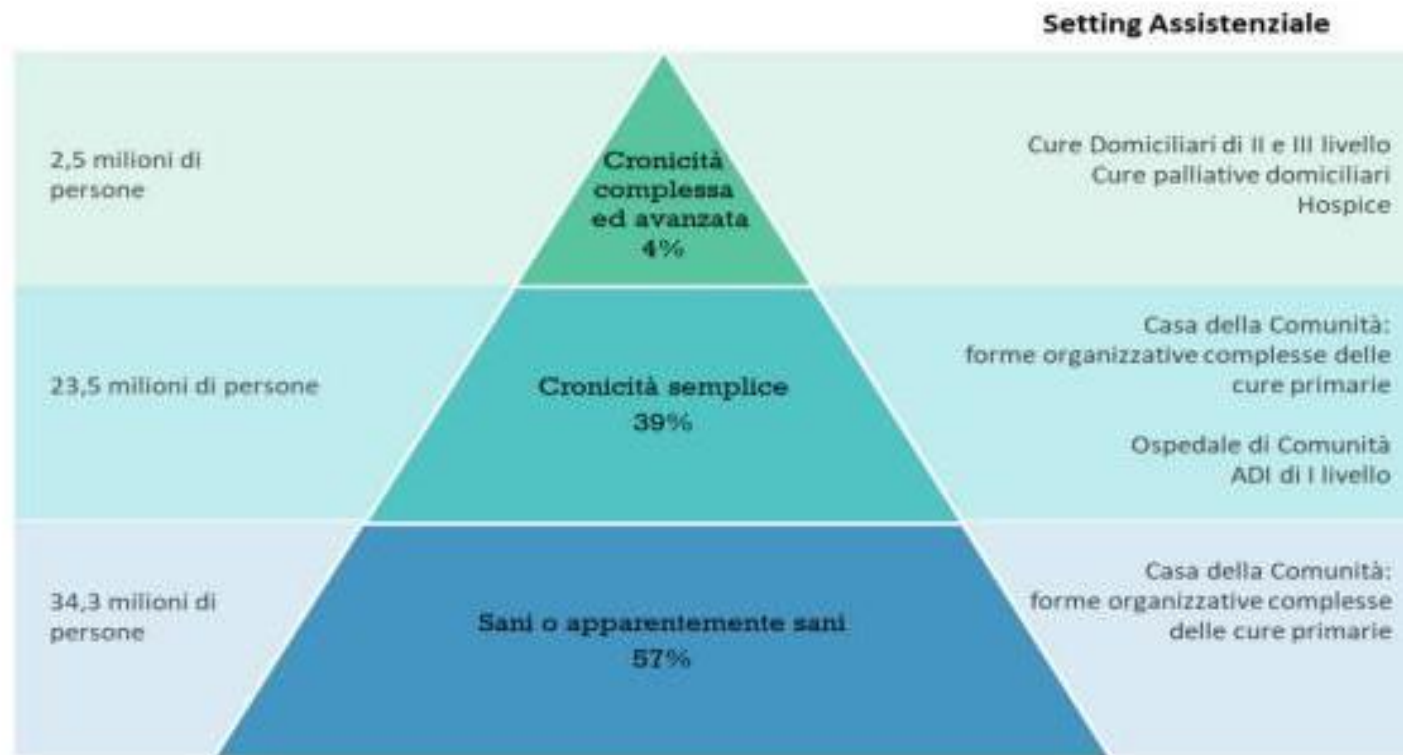


ESEMPI NEL MONDO – 2

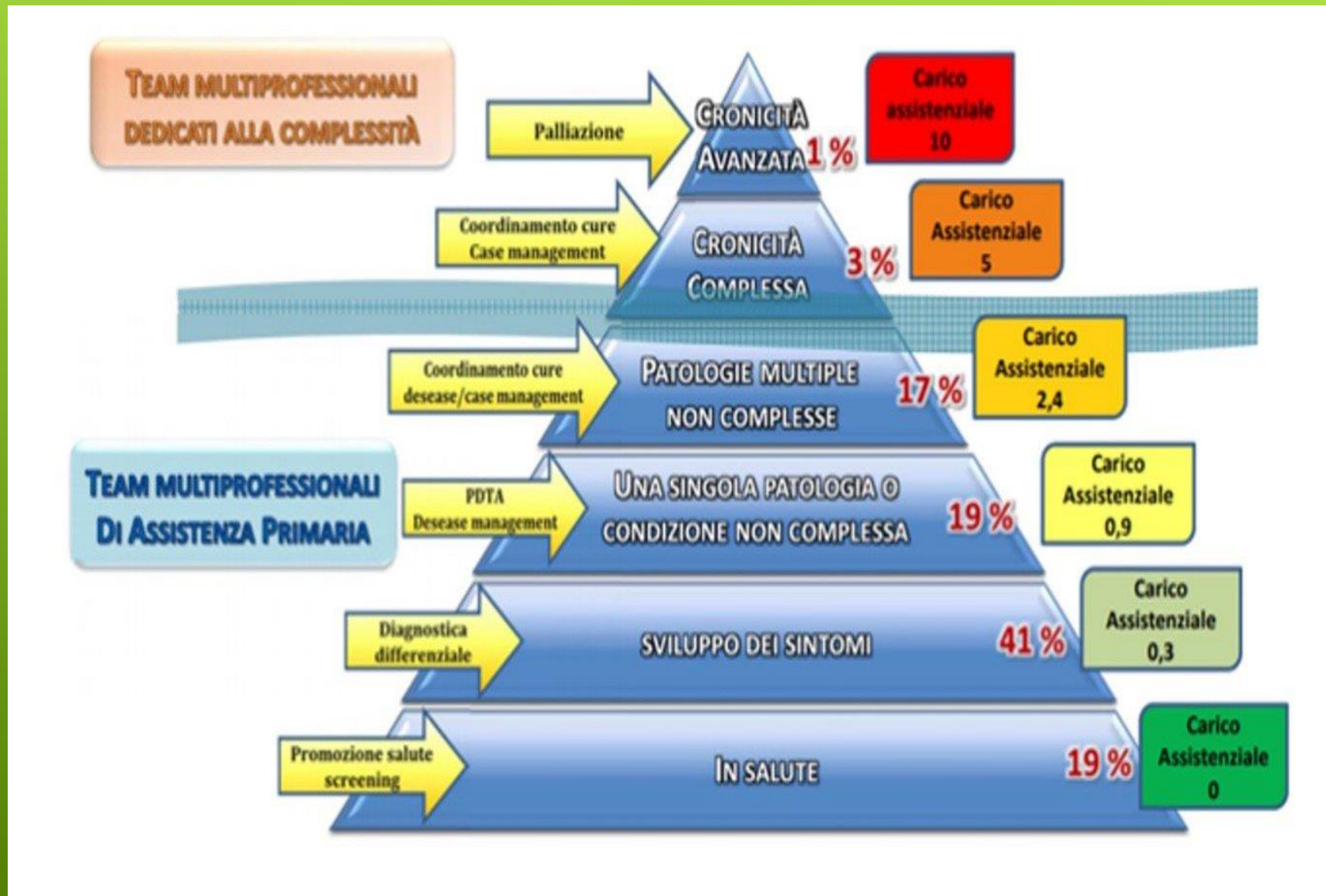
Stati Uniti → Stratificazione della popolazione secondo il livello di rischio (Kaiser Permanente)



Figura 13. La stratificazione della popolazione per bisogno e setting assistenziali (Fonte: Agenas)



Adjusted Clinical Groups – gruppi omogenei per complessità assistenziale



ORGANIZZAZIONE AZIENDALE PER L'ASSISTENZA

Daniela Pendenza
Dottore in Scienze Biologiche e Magistrale in Biotecnologie Mediche
Università degli Studi dell'Aquila
Enrico Pendenza
Direttore Unità Operativa Complessa di Medicina Riabilitativa Ospedale
di Tagliacozzo (AQ)

Keywords:
malattie croniche, fragilità, modello bio-psico-sociale,
chronic care model, transitional care

Corresponding author:
Dott. Enrico Pendenza
Email: ependenza@libero.it

Contributions:
the author(s) made a substantial intellectual contribution,
read and approved the final version of the manuscript, and
agreed to be accountable for all aspects of the work.

Conflict of interest:
the author(s) declare no potential conflict of interest.

Ethics approval and consent to participate:
not applicable.

Patient consent for publication:
not applicable.

Funding:
none.

Availability of data and materials:
data and materials are available
from the corresponding author upon request.
Received: 28 May 2025
Accepted: 23 June 2025

IL CHRONIC CARE MODEL:
NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DI INTEGRAZIONE
OSPEDALE-TERRITORIO PER PAZIENTI CRONICI

Gli elementi della transitional care potrebbero assicurare una migliore gestione del paziente in transizione, riducendone significativamente il rischio di un nuovo ricovero (Tab.3).

TAB. 3 TRANSITIONAL CARE: IL PERCORSO DEL PAZIENTE NELLA "TRANSIZIONE"		
INTERVENTI IN OSPEDALE	INTERVENTI DI "TRANSIZIONE"	INTERVENTI SUL TERRITORIO
Istruzioni sul self management	Consegne tra clinico ospedaliero e territoriale	Supporto telefonico
Istruzioni al caregiver	Cure primarie tempestive	Visite domiciliari
Riconciliazione terapeutica	Attivazione servizi assistenziali e sociali del territorio	Tele monitoraggio (dove necessario)
Determinazione delle necessità assistenziali	Gestione dei casi	Supporto psico- educazionale
Pianificazione follow-up	Riunioni team professionale	Rivalutazione necessità assistenziali

Gli obiettivi del modello di transitional care sono finalizzati a:

- a) supportare lo staff ospedaliero nel gestire il processo di dimissione nei tempi giusti;
- b) diminuire le riammissioni negli ospedali;
- c) garantire la continuità assistenziale;
- d) assicurare l'educazione degli assistiti-caregiver;
- e) promuovere la sicurezza nella continuità delle cure ⁽⁶⁾.