INFERMIERISTICA DI COMUNITÀ

Dott.ssa Laura De Biasio

a.a. 2026- 2027

SIGNIFICATO DI FRAGILITÀ

Non esiste una definizione condivisa MA si deve tener conto di tre aspetti

- ❑ *SUSCETTIBILITÀ INDIVIDUALE (MALATTIE CRONICHE)*
- ❑ *FATTORI DIVULNERABILITÀ (DI NATURA SOCIALE)*
- ❑ *LA INTRINSECA CAPACITÀ DI ADATTAMENTO (RELISIENZA)*

Vulnerabilità e fragilità in sanità pubblica, nelle politiche e dnei metodi di studio – G. Costa – E&P 2020

ANZIANO FRAGILE ➔ Persona non disabile, ossia autonoma in tutte le ADL, ma non autonoma nello svolgimento di due o più funzioni complesse IADL

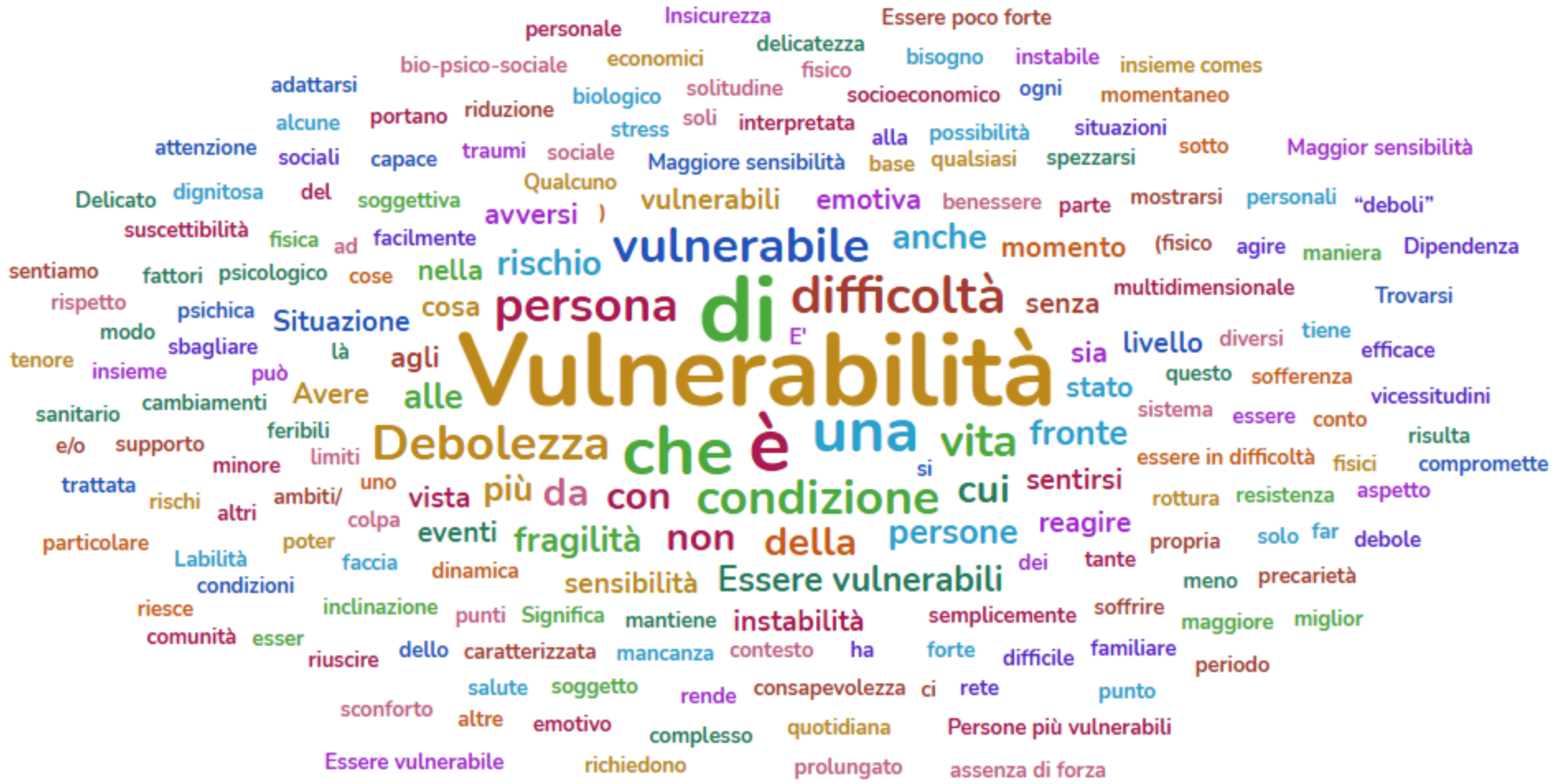
PASSI d'Argento 2016

«La "fragilità" è una condizione di rischio elevato di outcome sfavorevoli che condizionano un significativo peggioramento della qualità della vita. La definizione si riferisce a quei soggetti di età avanzata, affetti da patologie croniche multiple, frequentemente disabili e con stato di salute instabile, in cui l'invecchiamento e le malattie sono spesso complicati da problematiche socio economiche»

Congresso Nazionale SIGG 2007

1. Cosa significa FRAGILITA' per te

74 intervistati



IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ – PNC

a. E' un'iniziativa promossa dal Governo Italiano per affrontare il crescente impatto delle malattie cronico-degenerative sulla salute della popolazione
b. E' un piano strategico e promuove un approccio integrato e centrato sul cittadino
c. E' un documento programmatico del Ministero della Salute
d. Ha una visione integrata della gestione della cronicità → approccio multidisciplinare
e. Si articola in quattro aree di intervento:
    1 . **PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE**
    2 . **CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA**
    3 . **INNOVAZIONE TECNOLOGICA**
    4 . **FORMAZIONE E RICERCA**



Domanda su wooclap

Indicate quali sono secondo voi gli elementi chiave della gestione della cronicità

Opzione NUVOLA

ELEMENTI CHIAVE DELLA GESTIONE DELLA CRONICITÀ

ADERENZA

APPROPRIATEZZA

PREVENZIONE

CURE DOMICILIARI

INFORMAZIONE

EDUCAZIONE
EMPOWERMENT

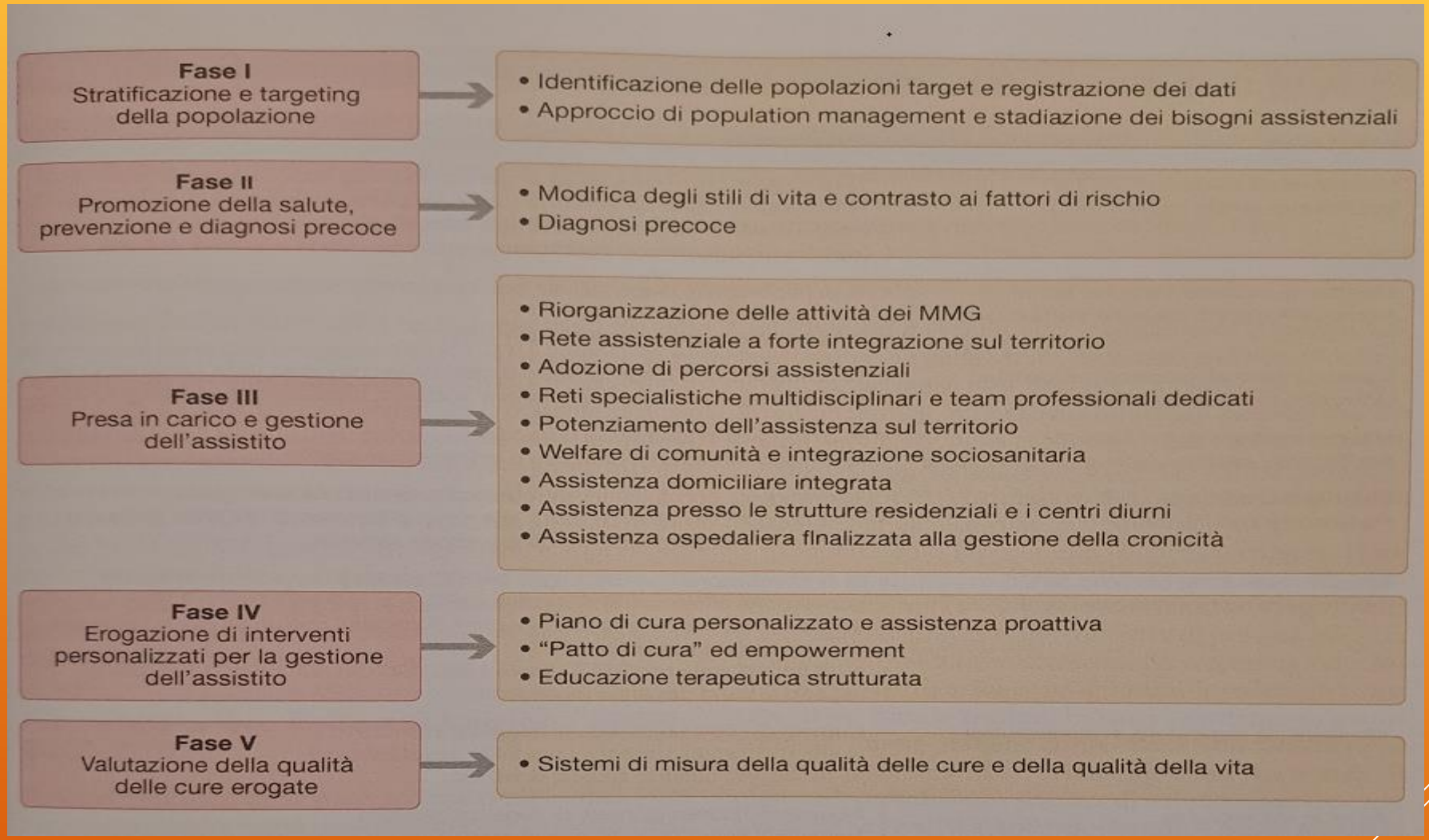
CONOSCENZA
COMPETENZA

Elementi comuni nei modelli regionali per la presa in carico delle persone con malattie croniche

- Superamento della frammentazione dell'assistenza sanitaria nel territorio
- Adozione di modalità operative PROATTIVE
- Assistenza organizzata sulla popolazione, sulla stratificazione del rischio e su diversi livelli di intensità assistenziale
- Centralità dell'assistenza primaria
- Caratterizzazione e definizione delle funzioni dei diversi professionisti sanitari e non
- Definizione di sedi fisiche di prossimità sul territorio
- Presenza di sistemi informativi evoluti
- Utilizzo di linee guida in grado di tener conto della comorbilità e della complessità assistenziale
- Integrazione socio-sanitaria e team multidisciplinari
- Investimento su autogestione ed empowerment
- Uniformità ed equità di assistenza ai cittadini

COMPOSIZIONE DEL PNC

- DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI
- INTEGRAZIONE DELLE CURE
- POTENZIAMENTO DELLA PREVENZIONE
- SVILUPPO DI PERCORSI DI CURA
- POTENZIAMENTO DELL'AUTOGESTIONE DELLE MALATTIE
- COORDINAMENTO TRA SERVIZI SANITARI E SOCIALI
- MONITORAGGIO E VALUTAZIONE



Fasi del macroprocesso – PNC 2016

UMANIZZAZIONE DELLE CURE

OBIETTIVO:

Promuovere interventi sugli aspetti relazionali, organizzativi e strutturali, dell'assistenza che rendano i luoghi di cura e i programmi diagnostico-terapeutici orientati quanto più possibile ai bisogni degli assistiti con cronicità - considerati nella loro interezza fisica, sociale e psicologica - senza dimenticare i bisogni degli operatori sanitari

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Promuovere il rispetto della volontà e della dignità della persona
- Promuovere una relazione di cura fondata sull'accoglienza, l'ascolto attivo, l'empatia e una comunicazione esaustiva che tenga conto del background del paziente e accerti il suo livello di comprensione
- Garantire l'accesso alle informazioni sui servizi, alla documentazione sanitaria e la trasparenza
- Pianificare processi assistenziali che rispondano ai bisogni specifici della persona legati al genere, all'etnia, all'età, condizione economica, status migratorio, educazione, religione e abilità fisica delle persone
- Creare spazi di cura accessibili e confortevoli, nei quali sia promossa la socialità e tutelata la privacy della persona e dei familiari/caregiver
- Favorire il coinvolgimento attivo di un familiare (o altra persona di riferimento) nei vari aspetti del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale
- Trattare il dolore e favorire una cultura che concepisca la gestione del dolore come diritto inalienabile della persona in ogni luogo e fase di cura
- Promuovere la formazione e l'aggiornamento degli operatori sui temi della comunicazione operatore sanitario/persona assistita/familiare e caregiver
- Promuovere la tutela della salute psicofisica degli operatori sanitari
- Valorizzare il rapporto fiduciario medico-paziente che origina dalla scelta autonoma da parte del cittadino

CRITICITÀ:

- Difficoltà di comunicazione e di relazione tra operatori sanitari e paziente/familiari
- Scarsa attenzione ai bisogni psicologici e sociali rispetto ai bisogni clinici
- Eccessiva burocratizzazione del percorso di assistenza
- Difformità di erogazione dell'assistenza non solo tra Regioni, ma anche all'interno delle Regioni stesse
- Sovraccarico di lavoro per i professionisti sanitari con conseguente necessità di potenziare l'organico
- Deficit strutturali e organizzativi delle strutture sanitarie con conseguente malessere lavorativo

RISULTATI ATTESI:

- Implementazione delle attività di formazione sulla corretta comunicazione
- Implementazione di interventi strutturali e organizzativi che favoriscano il percorso di cura in un'ottica di umanizzazione e attenzione alla persona intesa nella sua globalità e unicità
- Implementazione di iniziative per tutelare la salute psico-fisica degli operatori sanitari

ASPETTI TRASVERSALI

SANITÀ D'INIZIATIVA ED EMPOWERMENT

OBIETTIVO:

- Promuovere lo sviluppo del processo di empowerment nelle varie fasi di presa in carico della persona con malattia cronica e nel coinvolgimento dei familiari e caregiver
- Promuovere l'educazione e l'informazione del paziente/caregiver in merito alla patologia cronica di cui soffre e alla sua corretta gestione
- Promuovere programmi di empowerment rivolti ai cittadini sia in ambito ospedaliero che territoriale, con una particolare attenzione alla prevenzione, all'aderenza terapeutica e al miglioramento della qualità dei servizi
- Promuovere azioni di contrasto alle disuguaglianze sociali e culturali sia nelle politiche assistenziali che in quelle di prevenzione, anche attraverso l'empowerment della comunità

LINEE DI INTERVENTO PROPOSTE:

- Realizzare programmi di educazione e informazione documentabili e monitorabili anche in base ad indicatori di esito con la partecipazione attiva delle Associazioni dei pazienti e delle Organizzazioni civiche
- Realizzare iniziative di promozione dell'empowerment che favoriscano la capacità di autogestione della malattia e la messa in atto di azioni correttive
- Favorire attraverso la formazione, in una visione condivisa, lo sviluppo dell'empowerment organizzativo, cioè del processo attraverso il quale individui appartenenti ad un gruppo sono coinvolti attivamente, si sentono responsabili di ciò che accade ed esercitano un'influenza positiva sui componenti del gruppo e sui servizi erogati
- Prevedere nei percorsi di presa in carico e nei PDTA attività per la realizzazione di interventi specifici di empowerment
- Predisporre iniziative di ascolto e partecipazione della comunità alla definizione delle politiche assistenziali e di quelle di prevenzione

CRITICITÀ:

- Difficoltà di tipo strutturale e organizzativo nel coinvolgere il paziente/caregiver nell'assistenza e nella prevenzione
- Difficoltà di natura culturale nel cambiamento di atteggiamento e di ruolo dei professionisti sanitari verso il paziente/familiare/caregiver e dei pazienti familiare/caregiver verso i professionisti

RISULTATI ATTESI:

- Maggiore consapevolezza
- Maggiore attenzione degli operatori sanitari alla comunicazione e informazione
- Migliore gestione della malattia
- Maggiore coinvolgimento e partecipazione delle Associazioni di pazienti e delle Organizzazioni civiche nelle attività di informazione, educazione, empowerment del paziente e del caregiver
- Aumento dell'appropriatezza, della sostenibilità e dell'equità

ASPETTI TRASVERSALI

Il Piano Nazionale della Cronicità vuole quindi indirizzare la gestione della cronicità verso un sistema integrato ➔ 5 obiettivi

1. assicurare collegamenti con disegni di prevenzione primaria e diagnosi precoce
2. ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo della malattia
3. prevenire e curare le complicanze, le comorbidità e le disabilità
4. garantire la qualità di vita, anche attraverso modelli di welfare di comunità
5. ottimizzare l'uso delle risorse disponibili (economiche, umane, strutturali, organizzative)

Il Piano tiene conto dei vari modelli esistenti sulla cronicità:

- Chronic care model CCM
- "Model of Innovative and Chronic Conditions (ICCC) *aggiunge al CCM la visione focalizzata sulle politiche sanitarie*

IL PNC ISTITUISCE UNA CABINA DI REGIA NAZIONALE

Per:

1. Coordinare a livello centrale l'implementazione del Piano Nazionale Cronicità
2. Monitorare la sua applicazione
3. Monitorare la sua efficacia

Attori della Cabina di Regia:

- Ministero della Salute
- Conferenza Stato – Regioni
- Istituto Superiore di Sanità
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas)
- Istituto di Statistica (ISTAT)
- FNOMCeO, FISM, IPASVI, FOFI, Ordine Psicologi
- Cittadinanza attiva e Federanziani
- Alcuni esperti nominati dalla precedente compagine governativa
- In carica 3 anni

IL PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (PNC) NASCE DALL'ESIGENZA DI **ARMONIZZARE A LIVELLO NAZIONALE LE ATTIVITÀ NELL'AMBITO DELLE PATOLOGIE CRONICHE**

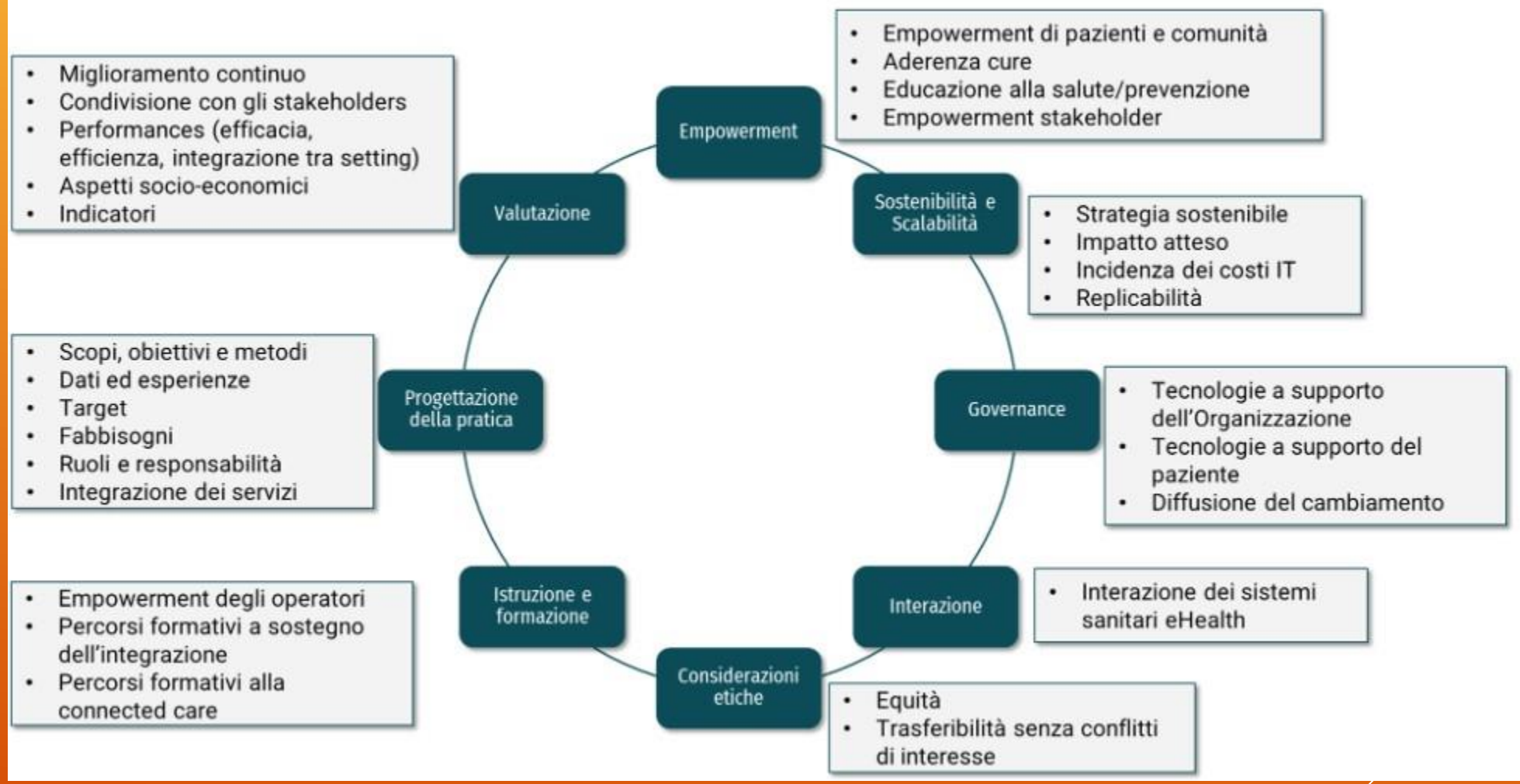
Il documento si compone di due parti:

1) **indirizzi generali per la cronicità** in cui vengono indicati la strategia complessiva e gli obiettivi del Piano, proposte le **linee di intervento** ed evidenziati i risultati attesi attraverso i quali migliorare la gestione della cronicità nel rispetto delle evidenze scientifiche.
2) **approfondimenti su patologie con caratteristiche e bisogni assistenziali specifici** individua un primo elenco di patologie croniche, per la maggior parte delle quali al momento non esistono atti programmatori specifici a livello nazionale

Il fine è quello di contribuire al **miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo**, sulla **sua famiglia e sul contesto sociale**, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini

https://osservatoriocronicita.it/index.php/sfide/il-piano-nazionale-cronicita

APPROCCIO METODOLOGICO

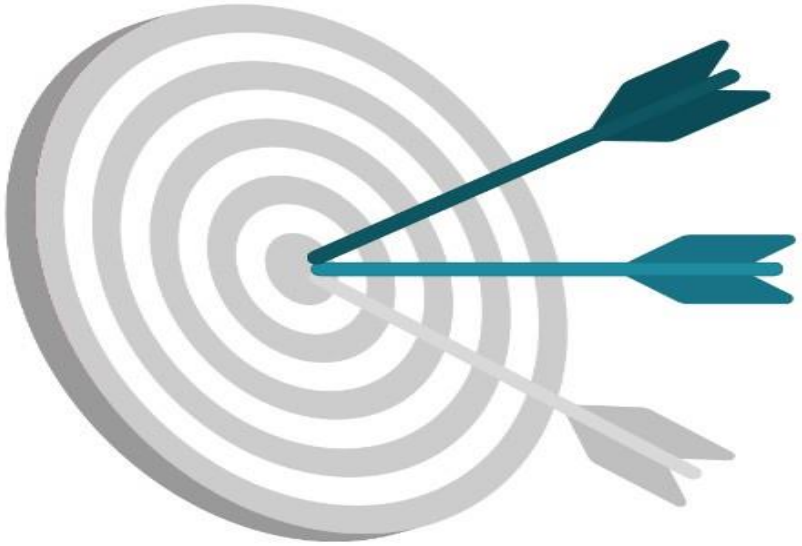


https://osservatoriocronicita.it/index.php/sfide/modelli-innovativi-e-sostenibili

Linea di intervento 1 - Le buone pratiche

La Linea d'intervento 1 - "Promuovere l'emersione, la raccolta, la conoscenza di buone pratiche"

Realizzata da AGENAS e la Rete dei referenti regionali, dalla durata di un anno, è finalizzata all'approfondimento dei modelli regionali più significativi sul tema della gestione integrata della cronicità con l'utilizzo dell'ICT e all'identificazione di un *core* di aspetti comuni funzionali alla messa a punto di una prima proposta di cassetta degli strumenti da trasferire nelle diverse Regioni.



Obiettivo 1	Promuovere lo sviluppo di capacità e competenze nella definizione di modelli innovativi e sostenibili per l'implementazione del Piano Nazionale Cronicità (PNC) che sfruttino le potenzialità dell'ICT
Obiettivo 2	Promuovere l'individuazione e la scalabilità di nuove pratiche nella sfida alla cronicità con il supporto dell'ICT a livello nazionale e/o regionale
Obiettivo 3	Migliorare l'attività di pianificazione degli interventi e degli investimenti da parte delle regioni per l'attuazione del PNC

https://osservatoriocronicita.it/index.php/sfide/linea-di-intervento-1-le-buone-pratiche

https://osservatoriocronicita.it/index.php/digital-kit/373-reportage-pa-il-progetto-smart-care-a-trieste-guarda-l-ottava-puntata

LE ESPERIENZE ANALIZZATE RIPORTATE PER REGIONE

Esempio del Friuli Venezia Giulia

Smart Care



Regione Friuli Venezia Giulia

Obiettivo

Implementare un modello di assistenza domiciliare che, attraverso il ricorso a strumenti ICT, offra ai pazienti ricoverati per una o più patologie croniche, servizi di continuità assistenziale efficaci, integrati e sostenibili

Target pazienti

Assistiti over 65 ricoverati per una o più patologie croniche (tra cui scompenso cardiaco, diabete mellito, BPCO) con necessità di una assistenza integrata domiciliare per 3-6 mesi da parte di un team multiprofessionale

Breve descrizione

Il progetto, che prevede una stretta collaborazione tra Aziende Sanitarie, Servizi comunali per l'eventuale supporto sociale e Associazioni di pazienti, presuppone la creazione di un modello di telemonitoraggio remoto anche attraverso un call center. Ai pazienti viene consegnato un kit, variabile in base al piano assistenziale definito dal team socio-sanitario ed in base alla durata del monitoraggio pianificati. Il kit include un dispositivo che collega i vari pazienti al server, un misuratore di pressione, un pulsossimetro, un ECG ad una derivazione, un tablet, una bilancia, un glucometro, uno strumento di richiesta di aiuto (Help ME), un sensore di parametri ambientali e di movimento. Il modello di assistenza si basa sulla possibilità che il paziente stesso (e/o il suo caregiver) possa essere responsabilizzato (empowerment) al suo ruolo ed acquisisca capacità di automonitoraggio ed autocura

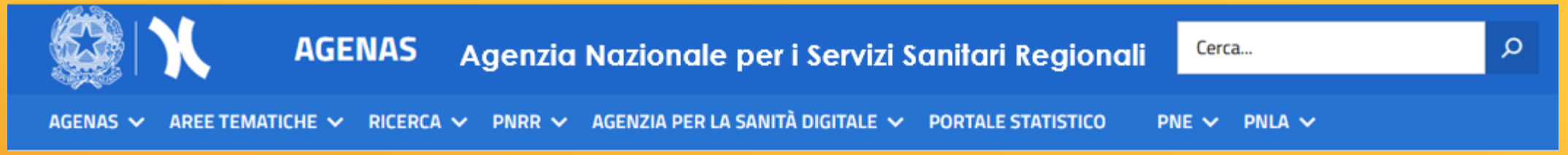
ICT implementata

Implementazione di un modello di telemonitoraggio remoto che prevede un supporto da parte di una società di servizi telematici per la protezione e il monitoraggio delle persone fragili con funzione di call center. E' prevista l'integrazione della piattaforma nel sistema informatico regionale

Validità ai fini Covid-19

Il progetto è rivolto ad utenti over 65 di cui oltre la metà con tre o più patologie croniche, prevalentemente in ambito cardiologico e polmobroncopolmonare, le patologie più a rischio per quanto riguarda il Covid-19. Ridurre le visite ospedaliere o ambulatoriali di pazienti anziani o con patologie gravi – oltre a migliorare la loro qualità della vita evitando, tra l'altro, di esporli ad un potenziale contagio - alleggerisce le strutture sanitarie di lavoro e costi

https://osservatoriocronicita.it/index.php/sfide/linea-di-intervento-1-le-buone-pratiche


AGENAS
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Cerca...
AGENAS
AREE TEMATICHE
RICERCA
PNRR
AGENZIA PER LA SANITÀ DIGITALE
PORTALE STATISTICO
PNE
PNLA


Ministero della Salute
AGENAS
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Seguici su:
Cerca...
AGENAS
AREE TEMATICHE
RICERCA
PNRR
AGENZIA PER LA SANITÀ DIGITALE
PORTALE STATISTICO
PNE
PNLA
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità
Case della Comunità: il documento AGENAS sulla partecipazione di pazienti, cittadini e comunità
AGENAS rende disponibile il "Documento di indirizzo contenente indicazioni per la promozione della partecipazione/co-produzione dei pazienti, dei cittadini e della comunità nell'ambito delle Case della Comunità".
Visite: 1787
Leggi tutto...


Ministero della Salute
AGENAS
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Seguici su:
Cerca...
AGENAS
AREE TEMATICHE
RICERCA
PNRR
AGENZIA PER LA SANITÀ DIGITALE
PORTALE STATISTICO
PNE
PNLA
Linee di indirizzo
per l'erogazione di servizi di telemedicina nelle farmacie convenzionate
Sanità Territoriale e Telemedicina: pubblicate le linee di indirizzo Agenas per l'erogazione dei servizi nelle farmacie convenzionate
AGENAS ha pubblicato in consultazione le "Linee di indirizzo per l'erogazione di servizi di telemedicina nelle farmacie convenzionate".
Visite: 4234
Leggi tutto...


Ministero della Salute
AGENAS
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Seguici su:
Cerca...
AGENAS
AREE TEMATICHE
RICERCA
PNRR
AGENZIA PER LA SANITÀ DIGITALE
PORTALE STATISTICO
PNE
PNLA
monitor
iQUADERNI
SUPPLEMENTO ALLA RIVISTA SEMESTRALE MONITOR - 2026
LE ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALI E MULTIDISCIPLINARI NELLE CASE DELLA COMUNITÀ LINEE DI INDIRIZZO TECNICHE
agenas
Agenas pubblica le Linee di indirizzo sulle équipe multiprofessionali nelle Case della Comunità
Agenas pubblica le Linee di indirizzo tecniche 'Le équipe multiprofessionali e multidisciplinari nelle Case della Comunità', il documento che traduce in indicazioni operative uno dei requisiti cardine previsti dal Decreto ministeriale 77 del 2022 per l'organizzazione dell'assistenza territoriale. Le Linee si inseriscono nell'azione con cui Agenas accompagna le Regioni nell'attuazione della riforma della sanità territoriale, sostenuta dagli investimenti del PNRR.
Visite: 13461
Leggi tutto...

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


AGENAS
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Cerca...
AGENAS
AREE TEMATICHE
RICERCA
PNRR
AGENZIA PER LA SANITÀ DIGITALE
PORTALE STATISTICO
PNE
PNLA
Monitoraggio e valutazione
LEA Livelli Essenziali di Assistenza
Dati economici SSN
PNE
Profili sanitari regionali
Fabbisogno del Personale Sanitario
Grandi Apparecchiature
Attività pregresse
Qualità e Sicurezza
Accreditamento
ALPI e tempi di attesa
Rischio clinico e sicurezza del paziente
Umanizzazione ed Empowerment
Piano globale sicurezza 2021-2030
Carta dei diritti per la sicurezza
HTA
Attività HTA
HS Horizon Scanning
Attività di ricerca
Articoli e pubblicazioni
Work in progress (HTA e EUnetHTA)
Albo dei Centri collaborativi HTA
Segnalazione delle Tecnologie sanitarie

LEA Livelli Essenziali di Assistenza

Nell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (PDF) sono previsti una serie di **adempimenti** ai quali sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento del SSN.
La verifica degli adempimenti, mediante un lavoro istruttorio preparato dagli uffici del Ministero con il supporto di Agenas e AIFA, è a cura del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse (di seguito brevemente rinominato come Comitato LEA (LINK)
Si invita a consultare il sito del Ministero della Salute per:

- la verifica adempimenti LEA (LINK)
- il mantenimento nell'erogazione dei LEA - Griglia LEA (LINK)

Nell'ambito del Comitato LEA, inoltre, è stato istituito un tavolo tecnico, a cui partecipa l'Agenas, con l'obiettivo di sperimentare la metodologia di monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza prevista dal Decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2019 recante "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" (LINK)

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) (LINK) è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza

Ultima modifica: 17 Dicembre

Visite: 120681

CONDIVIDI

MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

- LEA Livelli Essenziali di Assistenza
- Dati economici SSN
- PNE
- Profili sanitari regionali
- Fabbisogno del Personale Sanitario
- Grandi Apparecchiature
- Attività pregresse



Screening neonatale anche per la SMA →
Atrofia Muscolare Spinale

L'aggiornamento della prevenzione comprende inoltre il **programma di screening e sorveglianza dei soggetti a rischio eredo-familiare** per **tumore della mammella** e dell'**ovaio**

Fibromialgia, esenzione per le forme molto severe con FIQR superiore a 82 (*Revised Fibromyalgia Impact Questionnaire* di autosomministrazione)

Nuove prestazioni nella specialistica ambulatoriale

Gli elenchi degli ausili vengono aggiornati attraverso nuovi inserimenti, modifiche delle denominazioni, delle descrizioni e dei codici, oltre all'eliminazione di alcune voci

Malattie rare e croniche, aggiornate le esenzioni

L'intervento modifica e integra il Dpcm del 12 gennaio 2017 e interessa numerosi ambiti dell'assistenza:

- **dalla prevenzione alla specialistica ambulatoriale**
- **dagli ausili all'assistenza protesica,**
- **fino alle malattie rare e croniche,**
- **alla gravidanza**
- **all'appropriatezza dei ricoveri.**

Una parte delle novità introduce nuove prestazioni e tutele, mentre un secondo blocco aggiorna il sistema a parità di risorse

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze. Provvedimenti di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) – G.U. n. 227 del 30 settembre 2026

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*

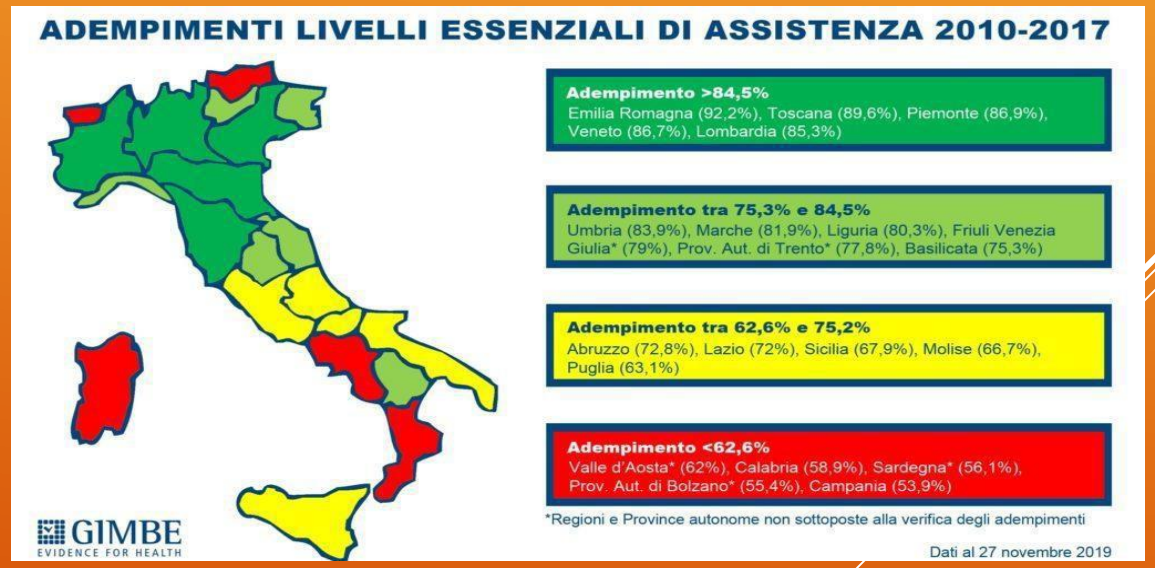


Tabella 1. Adempimenti LEA anno 2023

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

agena.s. AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

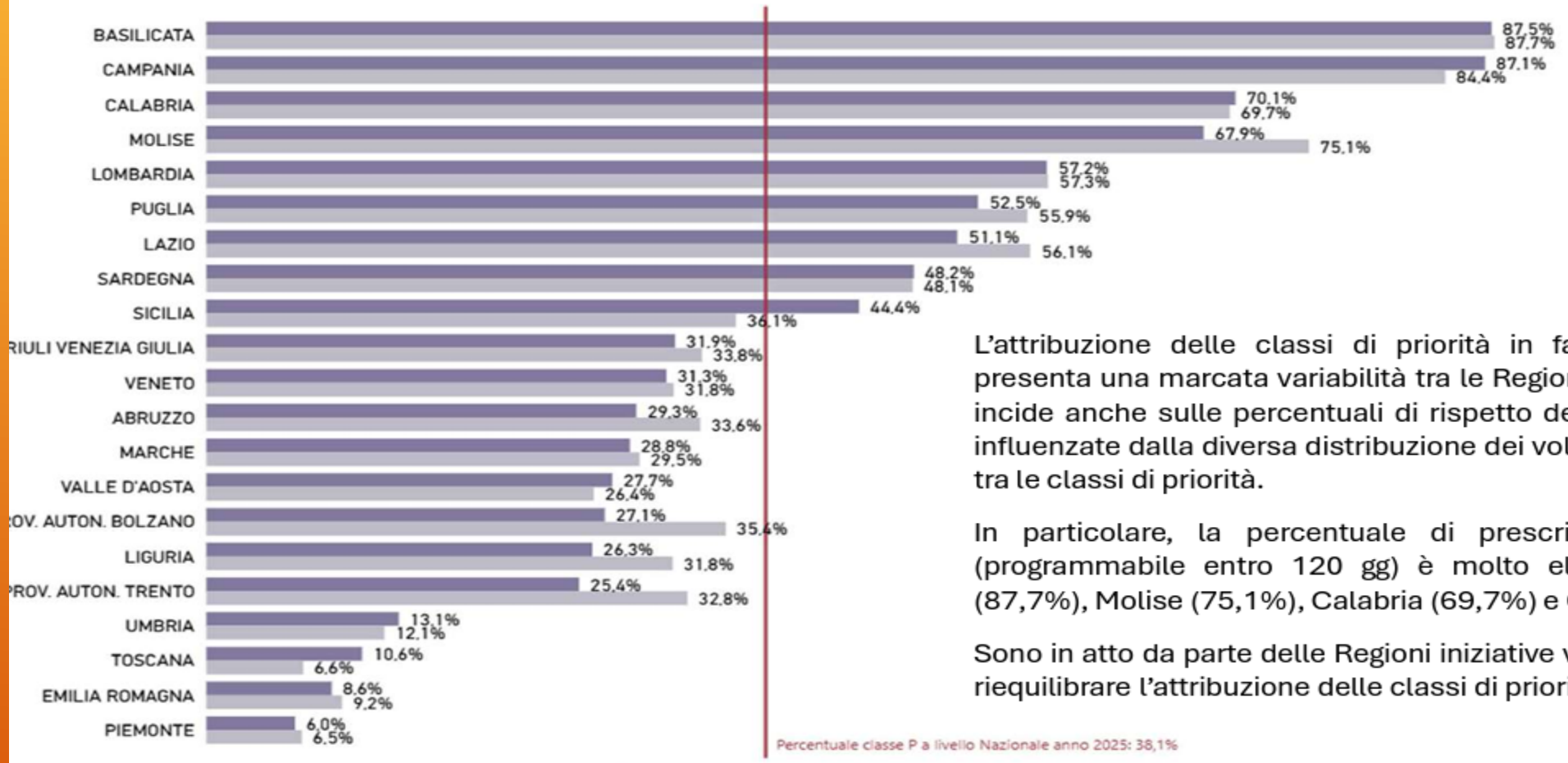


Bollettino Liste d'attesa

Numero 0

Dati aggiornati al 30/06/2026

Andamento della classe di priorità P



L'attribuzione delle classi di priorità in fase di prescrizione presenta una marcata variabilità tra le Regioni. Tale eterogeneità incide anche sulle percentuali di rispetto dei tempi di garanzia, influenzate dalla diversa distribuzione dei volumi di prenotazione tra le classi di priorità.

In particolare, la percentuale di prescrizioni in classe P (programmabile entro 120 gg) è molto elevata in Basilicata (87,7%), Molise (75,1%), Calabria (69,7%) e Campania (84,4%).

Sono in atto da parte delle Regioni iniziative volte ad analizzare e riequilibrare l'attribuzione delle classi di priorità.

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 base ....sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14.

b) cure domiciliari integrate (ADI) di I^ 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^ 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^ livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo .....persone 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**

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;
….

epicentro.iss.it/passi-argento/socio/pdf/fvg/DGR3236ALL2.pdf

ALLEGATO B

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):

Legge regionale 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.
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,delleAziende 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 delTerzo settore di cui all' articolo 4 del decreto legislativo 3 luglio 2017,n.117 (Codice delTerzo 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 delleAziende 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



ASUGI
Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

Cerca

Seguici su

Servizi e prestazioni | Come fare per | Strutture | Azienda | ASUGI informa | Contatti

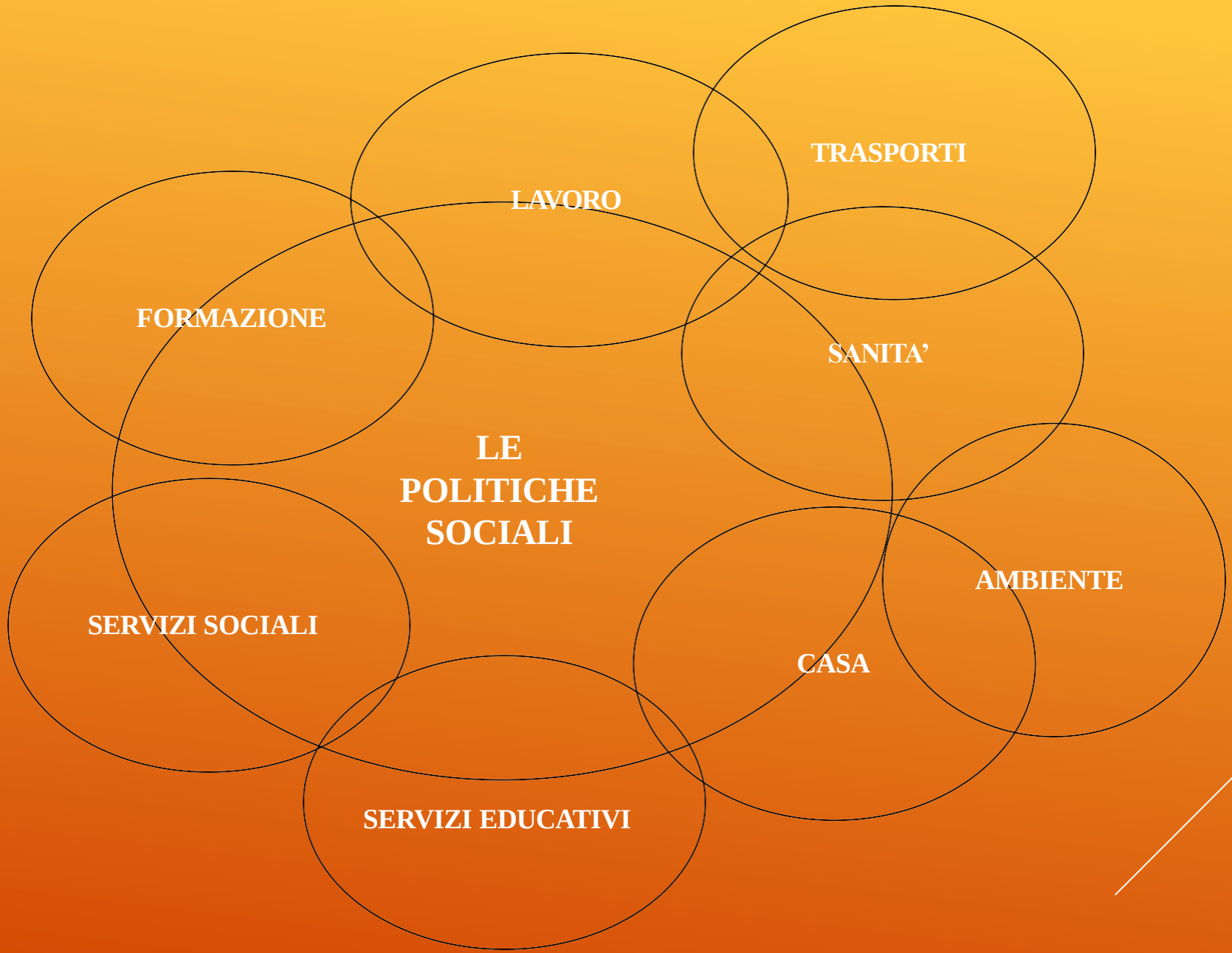
CUP 0434 223522

← 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.


TRASPORTI
LAVORO
FORMAZIONE
SANITA’
LE
POLITICHE
SOCIALI
AMBIENTE
SERVIZI SOCIALI
CASA
SERVIZI EDUCATIVI

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



Riforma BINDI
- Sostenibilità del sistema
- Appropriatezza – economicità – evidenza scientifica

… Le regioni elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale … sulle esigenze del livello territoriale

Terzo settore (definite anche enti di privato sociale/non profit) enti di natura privata, espressione della società civile, che producono beni e servizi di interesse collettivo senza scopo di lucro e con motivazione solidaristica

…Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria → le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di **competenza dei comuni**, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi…

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 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

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 similare 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.

Dimissioni protette da LEA a LEPS… il telesoccorso

LEA

- Legge regionale 26 luglio1996, 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 […]

LEPS

- 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 telassistenza […]
- 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.

ASUGI

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA

cosa stai cercando?

persone e uffici | seguici su

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
- TARIFFE 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 TELESOCCORSO 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

vita.

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 TELESOCCORSO REGIONALE (area Giuliano/Isontina)	TAAS TELESOCCORSO AZIENDALE (area Giuliana)
• Banca posti disponibili gestita a livello Regionale 1785 utenti ASUGI, 1250 con custodia chiavi, 7 agenda farmaci	Banca posti disponibili gestita a livello Aziendale 640 utenti 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	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:
• Agenda Farmaci, Consegna farmaci a pagamento	1. rispondere ad eventuali chiamate degli operatori di distretto e MMG richiedenti assistenza per un loro assistito già utente in servizio, (se richiesto)
• Il distretto verifica la sussistenza dei requisiti: rischio sanitario, parziale non autosufficienza, bisogno di assistenza post ospedaliera, condizione di disagio e/o isolamento sociale.	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)