



A.G.C. 20-Settore 03
A.G.C. 18-Settore 01

**Linee Operative per
l'Accesso Unitario ai
Servizi Socio - Sanitari
Porta Unica di Accesso
*P.U.A.***

INDICE

INTRODUZIONE REGIONE CAMPANIA

INTRODUZIONE FORMEZ PA

PREMESSA

1. DEFINIZIONE, FUNZIONE E ATTIVITA'

2. MODELLO ORGANIZZATIVO

2.1 I Soggetti Istituzionali

2.2 Il Personale

2.3 Il territorio di competenza

2.4 L'informatizzazione per la gestione dell'accesso

3. MODALITA' DI ATTUAZIONE DEL MODELLO P.U.A.. GRADUALITA' E FORMAZIONE DEL PERSONALE

4. STRUMENTI PER LA GOVERNANCE

5. IL MONITORAGGIO E LA VALUTAZIONE

5.1 Definizione e finalità

5.2 Gli Indicatori di monitoraggio e valutazione

ALLEGATI

A. Scheda di Accesso

B. Format del regolamento delle procedure operative

C. Elenco esemplificativo degli indicatori analitici di Monitoraggio

D. Sistemi informativi

E. Riferimenti Normativi

F. Bibliografia e Sitografia

INTRODUZIONE

Il presente documento è il frutto di un lavoro “maieutico” che, attraverso una metodologia partecipativa che ha coinvolto Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali, ha consentito di rappresentare il reale stato dell’arte rispetto all’attuazione della Porta Unica d’Accesso (P.U.A.) in Campania. In linea con gli obiettivi del POAT Salute Regione Campania linea 3 “*Supporto all’individuazione di modelli innovativi per garantire servizi adeguati in favore dei soggetti a rischio di marginalità sociale ed economica*”, si è proceduto alla rilevazione dei modelli di P.U.A. e esistenti a cui è seguita una fase di benchmark, attraverso l’analisi di altre realtà italiane e quindi la sintesi finale che ha condotto alla definizione di un modello organizzativo unico per la P.U.A.. Dall’analisi del contesto campano è emerso che, pur essendo presente la P.U.A. su circa l’80% del territorio¹, essa, in linea con le indicazioni regionali², rappresenta essenzialmente una funzione, organizzata in maniera differente a seconda del territorio. Al fine di uniformare il percorso di accesso dei cittadini ai servizi socio sanitari attraverso la P.U.A. ci si è soffermati sulla necessità di fornire indicazioni per la realizzazione di un modello unico di P.U.A. che possa essere realizzato sull’intero territorio campano.

L’attuazione del modello individuato, tenuto conto del diverso livello di maturazione della P.U.A. nei differenti territori e della necessità fortemente sentita di dare una svolta operativa per la sua concreta adozione e diffusione, è stato pensato come un processo per fasi successive che supera, in maniera graduale, alla frammentarietà e alla parcellizzazione degli attuali modelli e che consente di gestire completamente, a partire dal momento dell’accesso del cittadino al servizio, il percorso della presa in carico dei bisogni sociali, sanitari e sociosanitari.

Il gruppo di lavoro, costituitosi presso gli uffici dalla Regione e composto dai coordinatori sociosanitari e dai coordinatori di alcuni Ambiti Territoriali, ha fornito elementi a partire dai quali è stato possibile costruire il percorso metodologico di concertazione che ha portato alla condivisione di un unico modello di P.U.A. integrato.

Nella elaborazione del modello, tra le diverse possibilità discusse dai gruppi di lavoro, due elementi di valutazione hanno rappresentato i punti di riferimento per orientare la decisione:

- la universalità e la facilità di ingresso al servizio rispetto alla molteplicità dei bisogni per il cittadino al fine di evitare la settorializzazione dei punti di accesso;
- l’economicità, in termini sia finanziari che di impatto sull’organico delle strutture chiamate a gestire il processo.

¹Il dato è emerso dall’indagine sulla presenza delle P.U.A. in Campania e sulle procedure di accesso alle prestazioni Socio-Sanitarie, condotta dal gruppo di lavoro Formez PA in collaborazione con i referenti sociosanitari delle AA.SS.LL. della regione Campania. Per effettuare l’indagine è stato utilizzato un questionario *semistrutturato* (scheda di rilevazione) con risposta multipla.

² L.R. n. 8/2003 “*Realizzazione, organizzazione, funzionamento delle RR.SS.AA. pubbliche e private*”; D.G.R.C. n. 2006/04 *Linee d’indirizzo sull’assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenze ai sensi della L.R. n. 8 del 22/04/2003*; L.R. n. 11/2007 “*Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale*”; D.G.R.C. n. 1317 del 16/02/2009 “*Organizzazione dei Servizi di Segretariato Sociale e Porta Unica di Accesso – Art. 24 della L.R. 11/2007*”; D.G.R.C. n. 41 del 14 febbraio 2011 di approvazione delle linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: il sistema dei servizi domiciliari in Campania; D.G.R.C. n. 6467 del 30/12/2012; Piano Sanitario Regionale 2011/2013 – BURC n. 32 del 27/05/11.

- Per la redazione del documento i partecipanti si sono divisi in 3 gruppi di lavoro al fine di approfondire alcuni temi cruciali dell'intero percorso: la definizione, le funzioni e il processo organizzativo, il monitoraggio e la valutazione.

Il presente lavoro per la definizione delle Linee Guida sulla P.U.A. prevede una premessa per l'inquadramento del contesto, seguito dalla definizione delle funzioni e delle prestazioni che si intende ricondurre alla P.U.A.. Il modello organizzativo elaborato è presentato nel capitolo immediatamente successivo e costituisce l'ossatura del sistema di integrazione sociosanitaria che dovrebbe consentire, a partire da un modello funzionale, di raggiungere un modello organico di cogestione dell'accesso relativamente ai bisogni sociali, sanitari e sociosanitari. Una volta definito il modello, i soggetti coinvolti, il personale e il territorio di competenza, si è ritenuto di dedicare anche un paragrafo alla cruciale e indispensabile previsione di un sistema informativo web-based che consenta concretamente ai punti di accesso di raccordarsi in tempo reale con la funzione di coordinamento e con i servizi competenti per materia.

Una riflessione a parte viene dedicata alle modalità di attuazione della P.U.A. in quanto, in maniera realistica e rispettosa delle diverse realtà territoriali coinvolte, è stato ipotizzato un percorso di cambiamento graduale e modulare che permetta di ampliare il campo d'azione a partire da un intervento formativo funzionale all'aggiornamento del personale per la gestione finale di tutti i settori di competenza, sociali e sanitari, della P.U.A..

Al fine di fornire utili strumenti operativi per agevolare la collaborazione interistituzionale tra gli uffici competenti politiche sociale e sanità, indispensabile presupposto per la realizzazione dell'idea di una P.U.A. integrata, sono stati inseriti alcuni schemi di strumenti operativi.

Da ultimo, ma non certo per importanza, è stato dedicato un intero capitolo alla rilevanza del monitoraggio e della valutazione come leva strategica per la definizione di indirizzi, riprogrammazioni e adattamenti a partire dall'analisi dei risultati in base ad indicatori di efficacia, efficienza, economicità e naturalmente di Customer Satisfaction.

PREMESSA

L'aumento delle malattie croniche e degenerative, la frammentazione dei servizi e la complessità dei bisogni di cura rendono indispensabile non solo la riorganizzazione dell'offerta dei servizi, ma anche la strutturazione di un modello organizzativo del sistema di accesso che integri le diverse tipologie di servizi Sociali e Sanitari. L'eccessiva parcellizzazione dei servizi, infatti, unita alla complessità dei bisogni, che esigono risposte molteplici, articolate ed unitarie, rendono imprescindibile lo sviluppo di un sistema di ingresso ai servizi lineare che permetta al cittadino/utente di ricevere anche più risposte da un unico punto di accesso. Da questo presupposto nasce l'esigenza di tracciare delle linee d'indirizzo "per l'esecutività" di un modello organizzativo che regoli l'accesso unitario alla rete dei servizi Sociali e Sanitari³. La condivisione di protocolli comunicativi e di procedure d'immediata attuazione, per garantire l'omogeneità delle prassi e delle informazioni da fornire agli utenti sui servizi presenti nel territorio di riferimento, sono tra gli elementi essenziali del percorso di cambiamento da intraprendere. La finalità del sistema resta quella di facilitare l'accesso ai servizi da parte della fascia di popolazione definita "*fragile*"⁴; di favorire nei servizi risposte personalizzate ed individualizzate, di garantire la presa in carico globale dell'utente. È necessario, dunque, elaborare un prototipo operativo della Porta Unica d'Accesso (P.U.A.) che sia *polivalente*, in linea con le indicazioni del Ministero della Salute⁵, e che, partendo dalle singole unità settoriali già esistenti ed operanti, proceda con una programmazione unitaria del sistema Sociale e Sanitario attraverso un'analisi delle diverse risorse presenti sul territorio (mappatura dei servizi)⁶.

La Porta Unica d'Accesso deve rappresentare per il cittadino un luogo privilegiato di informazione ed orientamento verso i servizi Sociali e/o Sanitari, che fornisca risposte immediate ai bisogni semplici o attivi servizi di valutazione competenti per i bisogni di natura complessa. Per raggiungere questo risultato è importante che il circuito dei diversi attori erogatori di servizi e prestazioni sociali, sanitarie e socio-sanitarie attivino un sistema partecipato, integrato e reticolare, preferibilmente informatizzato. Le funzioni della Porta Unica d'Accesso si articolano su due livelli: il primo diretto ai cittadini (accoglienza, informazione, orientamento, valutazione di primo livello con risposta diretta alla domanda semplice attraverso l'accompagnamento verso i servizi competenti); il secondo diretto alla "*rete territoriale dei servizi*" (invio della

³ Piano Sanitario Regionale 2011-2013, pag. 72 "*Per rispondere [...] alla domanda formulata a livello territoriale, occorre definire modalità organizzative e strategie per intercettare la domanda e organizzare la risposta al bisogno. [...] l'obiettivo è di promuovere un modello di integrazione dell'accesso ai servizi sociali e socio - sanitari per i cittadini [...].*"

⁴ Art.1, comma 2, del D.lgs.229/99, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", "*Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche[...] i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.*"

⁵ "*Orientamenti per la stesura di progetti di attivazione o implementazione del Punto Unico d'Accesso*" (Maggio 2009).

⁶ Linee d'indirizzo per l'individuazione di un modello del sistema di accesso unitario alla rete dei servizi socio-sanitari - P.U.A (Porta Unica di Accesso) fanno parte linee d'intervento trasversali del progetto "POAT Salute" inseriti nel P.O. FESR 2007-2013 B.2 Regione Campania Linea n. 3. "*Supporto all'individuazione di modelli innovativi per garantire servizi adeguati in favore dei soggetti a rischio di marginalità sociale ed economica*". In linea con gli obiettivi dell'Asse 6 "Sviluppo urbano e qualità della vita" e dell'Asse 5 "Società dell'informazione" del POR FER Campania.

richiesta ai servizi competenti per i bisogni complessi, monitoraggio e valutazione del processo d'accesso e delle prestazioni erogate).

Alcuni aspetti fondamentali nell'attuazione di un nuovo modello organizzativo della P.U.A. riguardano la pianificazione, la programmazione e la progettazione di un sistema integrato d'offerta di servizi e di prestazioni in cui i due comparti, sanitario e sociale condividano risorse, professionalità e procedure di gestione per l'accesso e anche procedure di valutazione, presa in carico ed erogazione dei servizi.

Per la definizione del modello organizzativo si è partiti dall'analisi del contesto regionale nel quale, pur se con livelli di sviluppo differenti, insistono diverse esperienze di P.U.A.. Alcune realtà locali, ad esempio, hanno "centralizzato" le attività della P.U.A. in una sede di coordinamento dedicata, con personale individuato sia a livello distrettuale (A.S.L.) sia di Ambito Territoriale, con costi di gestione compartecipati. Altre realtà, invece, hanno delegato alcune delle funzioni riconducibili alla Porta Unica di Accesso a Punti di Accesso Territoriali incardinati nei servizi già esistenti ed operanti (Unità Operative, Servizi Sociali, Segretariato Sociale, URP etc.). Gli attuali modelli organizzativi delle P.U.A. sono in gran parte di tipo "settoriale"⁷, organizzati per punti di accesso dislocati sul territorio che svolgono, per singoli segmenti e per specifica competenza sociale o sanitaria, le funzioni di accesso con un collegamento ed un coordinamento poco strutturato e con una modalità di comunicazione spesso informale.

⁷ D.G.R.C. 1317/09 "La Porta Unica d'Accesso (P.U.A.) è una **funzione** da attivare in ogni Ambito Territoriale in raccordo con i distretti sanitari";

1. DEFINIZIONE, FUNZIONE E ATTIVITA'

La Porta Unica di Accesso (di seguito P.U.A.), è definita dalla Legge Regionale 11/07⁸ “... *come funzione esercitata sia dal Segretariato Sociale per i comuni sia dai Distretti Sanitari per le A.S.L., con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento e trasmissione delle richieste ai servizi competenti*”. Essa rappresenta, dunque, *l’anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda di servizi sociali, sanitari e socio-sanitari*”⁹, cui fornire una risposta specifica e tempestiva, ma soprattutto completa, orientata alla logica della *“presa in carico della persona”*, portatrice di molteplici esigenze. Nell’ottica del processo lavorativo della P.U.A., come indicato nella D.G.R.C. n.41 del 14 febbraio 2011, *“la presa in carico può essere definita come un processo integrato e continuativo che si configura come governo di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso ed articolato”*¹⁰.

Il concetto di fondo è, pertanto, quello di superare la logica settoriale e frammentaria degli interventi attraverso l’erogazione di singole prestazioni, segmentate ed isolate, che risultano, talvolta, inefficaci ed inefficienti. In questa ottica, la P.U.A. è strettamente legata al concetto di accessibilità delle informazioni sui servizi Sociali e Sanitari da parte dei cittadini. Il cittadino/utente deve poter “entrare” facilmente nei servizi attraverso punti di accesso agevolmente raggiungibili e immediatamente identificabili. La P.U.A. rappresenta, così, un “luogo d’ingresso privilegiato per i cittadini” nel sistema dei servizi Sociali, Sanitari e Sociosanitari che, attraverso una modalità “organizzativa integrata”, deve essere in grado di fornire risposte alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali. Essa deve, inoltre, facilitare l’accesso unificato alle prestazioni Sociali, Sanitari e Sociosanitarie. La P.U.A. diviene, pertanto, uno dei luoghi prioritari di integrazione sociosanitaria professionale e gestionale e come tale richiede il coordinamento ed il lavoro congiunto fra le diverse componenti sanitarie e tra queste e le componenti sociali dei Comuni.

Le modalità operative della Porta Unica d’Accesso devono migliorare il sistema di presa in carico unitaria, eliminando o semplificando i numerosi passaggi ai quali l’utente e/o i familiari devono adempiere per ricevere risposte di assistenza, che spesso seguono percorsi eccessivamente burocrattizzati e parcellizzati.

È necessario mirare all’obiettivo di una presenza di *Punti di Accesso* diffusi in maniera capillare sul territorio di riferimento, Distretto Sanitario/Ambito Territoriale, che devono essere:

1. uniformi per operatività e funzioni;
2. universalistici sia rispetto al bisogno dell’utenza sia nei confronti del sistema dell’offerta, ossia:

⁸ L.R. 11/2007 “Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale”, art 41, comma 3, lettera a.

⁹ D.G.R.C. n. 1317 del 31 luglio 2009 – Organizzazione dei Servizi di Segretariato sociale e Porta Unica di Accesso-art.24, L.R. n.11/2007.

¹⁰ Come indicato a pag. 32 del Glossario allegato alla D.G.R.C. n.41 del 14 febbraio 2011 di approvazione delle linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: il sistema dei servizi domiciliari in Campania, la Presa in Carico è *“un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie (...). Si prende in carico la persona, nella sua globalità, e con i bisogni della stessa. La presa in carico si compone di diverse fasi e momenti (richiesta di aiuto; analisi della domanda, progetto di intervento, elaborazione e attuazione del progetto personalizzato e del Piano personalizzato degli Interventi; verifica e valutazione; chiusura dell’intervento)”*.

- non specialistici nelle competenze, capaci, dunque, di accogliere ogni tipo di domanda sia Sociale sia Sanitaria;
- flessibili nella capacità di fornire risposte e/o di attivare un percorso di risposta;
- 3. facilmente accessibili al cittadino/utente;
- 4. promotori della “cultura della presa in carico della persona”;
- 5. in grado di fornire risposte personalizzate ed individualizzate;
- 6. strumento di collegamento tra i diversi settori/servizi competenti;
- 7. osservatorio dei bisogni del territorio di pertinenza, per favorire e facilitare una pianificazione e programmazione dell’offerta coerente con la domanda ed i bisogni;
- 8. capaci di orientare le scelte dei cittadini.

Le funzioni della P.U.A., nel suo complesso, possono essere riassunte come segue:

Accoglienza, informazione e orientamento, che si esplica con attività di:

- accoglienza dell’utenza;
- ascolto attivo delle richieste e dei bisogni;
- prima lettura del bisogno espresso dal cittadino;
- informazione relativamente ad opportunità, risorse, prestazioni e possibili agevolazioni nonché 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.

Accompagnamento, che si colloca in una fase più avanzata rispetto alla funzione di accoglienza, informazione ed orientamento, si esplica nell’indirizzare attivamente l’utente verso le strutture erogatrici di servizi (diversi da quelli forniti dalla P.U.A.), attraverso, per esempio, la definizione di appuntamenti o nell’attivare servizi ed équipe professionali (come U.V.I. o l’U.V.M.), preposti alla valutazione di secondo livello nel caso di bisogno complesso;

Risoluzione di problemi semplici, che si esplica con l’erogazione immediata, o comunque tempestiva, di risposte adeguate a bisogni semplici (come l’accesso a prestazioni assistenziali che richiedono la sola compilazione e presentazione di una modulistica con allegato l’ISEE) che escludano la valutazione di tipo multidimensionale;

Attivazione dell’U.V.I. e Avvio del processo di presa in carico, la P.U.A., che si configura come lo snodo funzionale di indirizzo del cittadino verso il servizio competente per la presa in carico, costituisce il momento di segnalazione di un bisogno che può richiedere una valutazione multidimensionale in specifica équipe;

Osservatorio, che si esplica con l’attività di monitoraggio sull’attività svolta attraverso la raccolta e l’analisi di dati sulla domanda e sull’offerta di servizi (mappatura) al fine di migliorare la qualità del servizio offerto, tenendo conto anche di reclami e suggerimenti dell’utenza.

2. MODELLO ORGANIZZATIVO

Il modello organizzativo della P.U.A. si configura come di tipo organico, con un'articolazione per Punti di Accesso uniformi per operatività e funzioni, dislocati sul territorio dell'Ambito Territoriale/Distretto Sanitario ed in grado, con personale Sociale e Sanitario, di fungere da sportello *unico* di accoglienza delle istanze dei cittadini. In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo completamente integrato alle molteplici esigenze dell'utenza, attraverso una rete in cui ciascun punto di accesso è capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza sociale, sanitaria e sociosanitaria.

I Punti di Accesso così organizzati devono svolgere in maniera congiunta tra sociale e sanitario le funzioni proprie della P.U.A. e raccordati tra loro da una funzione di coordinamento. La funzione di coordinamento dei Punti di Accesso è espletata, sia in ambito gestionale che operativo da un responsabile con mansioni dirigenziali all'interno del sistema (sociale e/o sanitario). Essa svolge attività di programmazione, di gestione delle risorse sia economiche che umane, di monitoraggio e valutazione dell'intero processo. L'azione di coordinamento è funzionale ai due sistemi, Sociale e Sanitario, per assicurare l'omogeneità delle procedure dei diversi Punti di Accesso territoriali della P.U.A., attraverso la condivisione della stessa policy, le modalità gestionali, organizzative ed operative e le risorse professionali ed economiche. Questo tipo di impostazione consente di garantire una informazione capillare sui percorsi assistenziali, sociali e socio-sanitari da parte degli operatori, per fornire risposte univoche ai soggetti che si rivolgono ai Punti di Accesso. Pertanto, qualsiasi punto di accesso, sia sociale che sanitario, deve essere in grado di accogliere uniformemente tutte le richieste sociali, sociosanitarie e sanitarie e dare adeguate risposte.

Si ritiene necessario, dunque, superare con gradualità la logica esistente di una Porta Unica d'Accesso meramente settoriale (esclusivamente Sociale o Sanitaria) per arrivare ad una Porta Unica d'Accesso universalistica ed organica.

L'obiettivo principale è garantire una P.U.A. che possa fornire risposte al bisogno espresso dal cittadino attivando la rete dei servizi adeguata. La richiesta del cittadino, a prescindere dalle diverse tipologie d'utenza, deve essere accolta in qualsiasi Punto di Accesso e deve procedere esclusivamente all'interno del circuito della P.U.A. fino alla sua completa evasione. Questo tipo di organizzazione consente, in un periodo medio-lungo, la razionalizzazione delle risorse umane già operanti all'interno dei singoli sistemi nonché la semplificazione delle procedure di accesso, la riduzione dei tempi di risposta e il contenimento dei costi di gestione. La realizzazione di un modello organizzativo così strutturato consentirà di raggiungere obiettivi di maggiore efficacia ed efficienza.

La P.U.A. si articola pertanto su due livelli di competenze:

- il primo, di tipo operativo e rivolto al cittadino, viene svolto dai Punti di Accesso che si occupano di attività di accoglienza, informazione, orientamento, accompagnamento, decodifica del bisogno con risposta di primo livello e inoltre ai servizi interni al sistema sociale e sanitario competenti per l'evasione di domande complesse;

- il secondo, di tipo gestionale, garantito esclusivamente dalla Funzione di Coordinamento, sovrintende alle attività di raccordo tra i livelli istituzionali di riferimento (A.S.L./Ambito Territoriale), di

indirizzo, di programmazione, di gestione delle risorse e di monitoraggio e di valutazione della quantità/qualità dei servizi erogati, attraverso la convergenza dei flussi informativi.

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

- una operativa, che svolge prevalentemente le attività di front-office;
- ed una macro-organizzativa/gestionale, che assicura le attività di back-office, garantendo, tra l'altro, attraverso il monitoraggio, una ri-programmazione congiunta dell'offerta territoriale dei servizi.

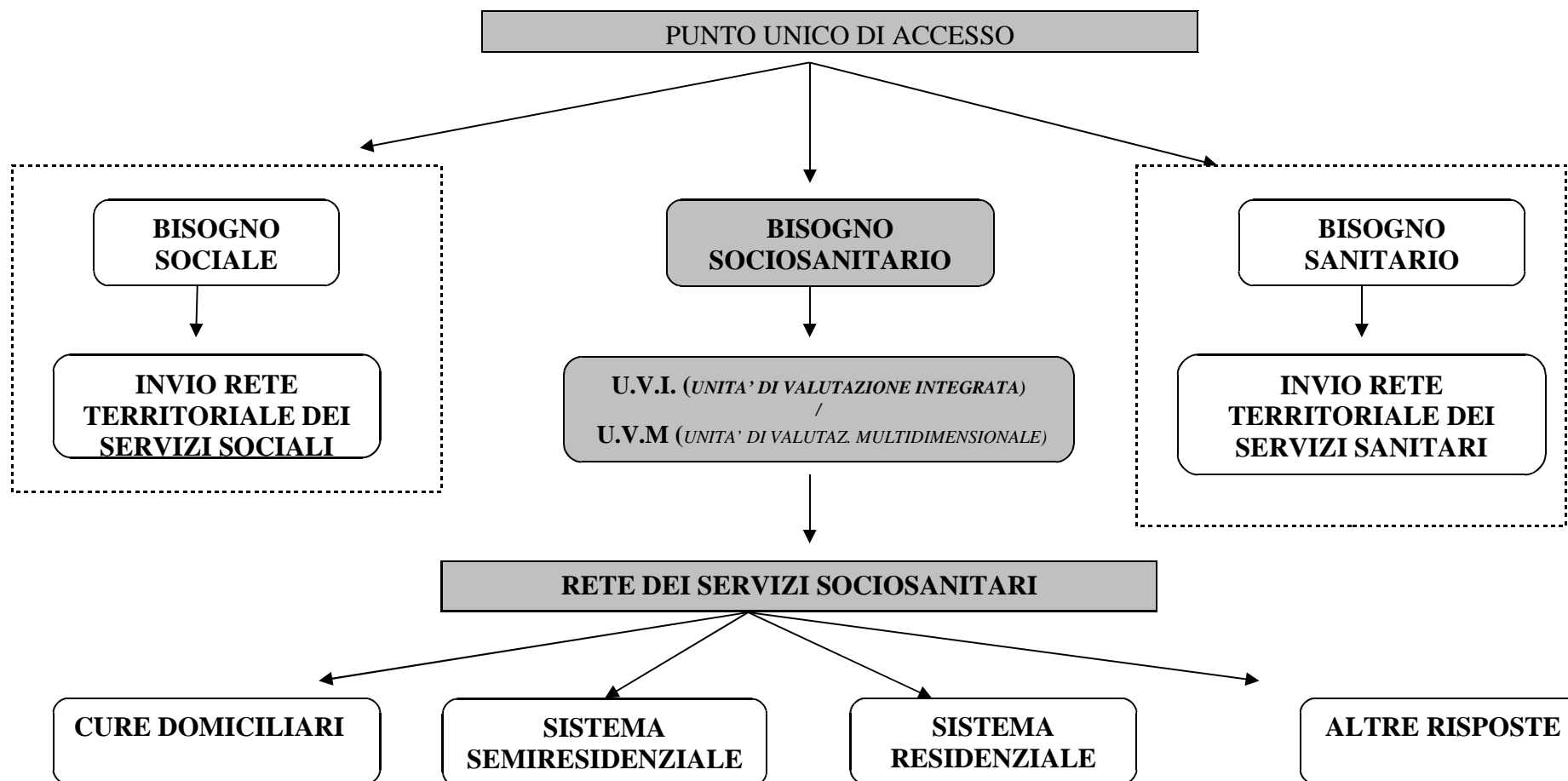
Si delinea così un sistema di organizzazione della P.U.A. strutturato, ancorché agile, che in diverse fasi operative utilizza strumenti gestionali, possibilmente informatizzati, convalidati dal sistema Sociale e Sanitario in una programmazione e progettazione congiunta. E', infatti, necessario che gli operatori, adeguatamente formati sulle opportunità delle prestazioni sociali e sanitarie disponibili sul territorio, siano supportati da una unica piattaforma informatica integrata.

In definitiva la funzione della P.U.A. costituisce un'articolazione organizzativa del servizio a cui afferiscono i due livelli di operatività su menzionati:

- **Punti di Accesso Territoriali;**
- **Funzione Centrale di Coordinamento.**

Per esemplificare di seguito si riporta la schematizzazione del modello organizzativo della Porta Unica di Accesso.

PORTA UNICA DI ACCESSO



2.1 I Soggetti Istituzionali

I Soggetti istituzionali coinvolti nel processo della P.U.A. sono:

- A.S.L./Distretto/i territorialmente competenti;
- Comuni/ Ambito Territoriale, che comprende l'Ufficio di Piano di Zona.

2.2 Il Personale

La P.U.A. deve prevedere necessariamente risorse umane dedicate per le specifiche funzioni, opportunamente formate ed abilitate alla ricezione e allo screening della domanda d'accesso nella rete dei servizi, capaci di codificare e decodificare il bisogno, di relazionarsi con la cittadinanza e con il sistema socio-ambientale di riferimento, di lavorare in equipe, di gestire funzioni organizzative e di coordinamento.

Gli operatori dei Punti di Accesso Territoriale della P.U.A. addetti al front-office devono:

- svolgere una completa azione informativa sui percorsi assistenziali, sociali e socio-sanitari, presenti sul territorio;
- essere "legittimati" alla compilazione della scheda di accesso;
- fornire risposte dirette a domande che non richiedono l'attivazione di percorsi assistenziali complessi ed integrati tra il sociale ed il sanitario¹¹.

I profili professionali interessati possono essere identificati, ad esempio, nel tecnico dell'accoglienza, nell'assistente sociale, nell'infermiere, nel sociologo, nell'amministrativo. Il profilo professionale e la formazione del personale devono essere, comunque, strettamente correlate alle specifiche funzioni attribuite all'interno della Porta Unica di Accesso e devono essere adeguatamente supportati da strumenti utili per la gestione informatizzata delle pratiche.

2.3 Territorio di competenza

Il territorio di competenza è ricondotto al Distretto Sanitario e all'Ambito Territoriale che devono opportunamente coincidere per il corretto funzionamento della P.U.A..

2.4 L'informatizzazione per la gestione dell'accesso

La concreta integrazione tra il Sociale e il Sanitario necessita di essere sostenuta dall'utilizzo di strumenti partecipati di gestione del processo, che garantiscano un presidio di una amministrazione integrata delle attività della P.U.A. che va dall'accoglienza dell'utente alla chiusura della sua pratica. Per garantire un sistema di governo che favorisca una buona operatività di tutti i soggetti coinvolti nella gestione integrata del processo della P.U.A., è opportuno adottare, in primis, un protocollo di comunicazione partecipato che faciliti le relazioni ed i rapporti sia esterni che interni tra i due settori, sanitario e sociale. È fondamentale, in particolare, che si condivida una piattaforma informatica finalizzata alla:

1. registrazione delle richieste;
2. condivisione in rete dei dati (utenza/bisogno/risposta);
3. archiviazione ed elaborazione delle informazioni per una corretta gestione dei flussi informativi.

Un sistema che sia fruibile e consultabile da parte di tutti i soggetti del circuito e che sia supportato da una modulistica unica e condivisa.

¹¹ L'implementazione di tale modello richiede l'adozione di diversi strumenti di governance istituzionale e tecnica. A tal proposito si rimanda al paragrafo Strumenti di governance e all'allegato B) Regolamento Operativo.

L'utilizzo di una piattaforma informatica integrata, tra Sociale e Sanitario, per la facilitazione della gestione dei dati, rappresenta il perno essenziale intorno al quale ruota la capacità di raggiungere obiettivi di efficacia ed efficienza del funzionamento procedurale.

Una gestione informatizzata dei dati deve permettere:

- l'immissione univoca dei dati della domanda, ossia la registrazione della domanda/accesso attraverso una scheda anagrafica e di rilevazione del bisogno per l'accettazione della domanda del richiedente. Questo assicura la condivisione, evita duplicazioni e garantisce la tracciabilità delle informazioni a tutti gli attori, servizi/strutture sia sanitarie che sociali coinvolti nel processo; di disporre di una Posizione Utente, una sorta di "*Cartella Sociosanitaria Individuale e Personalizzata*" codificata che, costantemente aggiornata, rappresenta un archivio di immediata consultazione;
- di disporre di un processo di comunicazione telematica, ossia di un processo relazionale di scambio informativo "in rete", che partendo dalla registrazione della domanda prosegue, per step procedurali consequenziali, secondo il bisogno decodificato e in linea con l'intero iter di gestione individuato;- il feedback automatico sul percorso assistenziale o tutelare attivato. In questo modo l'attività della P.U.A. viene costantemente monitorata lungo tutto il processo, dall'accesso alla presa in carico fino alla fuoriuscita dal servizio;
- di disporre immediatamente di informazioni utili alla realizzazione di azioni di valutazione e di Customer Satisfaction. L'obiettivo, oltre a tutto, è quello di favorire la pianificazione delle risorse, la programmazione e/o rimodulazione dei servizi, nonché di assolvere in tempi brevi ad eventuali debiti informativi nei confronti di Enti sovra ordinati.

Risulta indispensabile la messa in rete di tutte quelle informazioni necessarie all'evasione di domande semplici. Ogni operatore di ciascun Punto di Accesso necessita di una Knowledge Base (base di dati contenente le informazioni relative ai prevalenti quesiti dei cittadini) che permetta, attraverso un costante aggiornamento e un rapido ed efficiente sistema di ricerca, di consultare in tempo reale il data base. Infine risulta fondamentale dotare la P.U.A., o condividere laddove fosse già in uso, di un cosiddetto CRM (Customer Relationship Management) ossia di un Database, accessibile e aggiornabile da qualsiasi Punto di Accesso, che contiene tutta l'anagrafica del cittadino e l'archivio di tutti i contatti con la P.U.A., con riferimento a ciascuna domanda ricevuta e risposta fornita a prescindere dal punto di Accesso a cui si è rivolto.

Si sottolinea pertanto la necessità che i sistemi di informatizzazione, già presenti ed in uso, vedi allegato D, comunichino tra di loro in modo da consentire a tutti gli operatori, con le opportune credenziali, di accedere alle medesime informazioni sull'utenza per evitare la duplicazione di dati e la dispersione di informazioni sulle prestazioni erogate.

3. MODALITA' DI ATTUAZIONE DEL MODELLO DELLA P.U.A.. GRADUALITA' E FORMAZIONE DEL PERSONALE

La modalità di attuazione della P.U.A. su un modello organizzativo di tipo organico deve essere necessariamente graduale sia dal punto di vista delle funzioni sia per ciò che concerne il tipo di gestione integrata da consolidare. L'implementazione del modello organizzativo indicato richiede, dunque, una gradualità di attuazione che tiene conto delle singole realtà territoriali nelle quali la Porta Unica di Accesso va ad impattare. A tal proposito si ipotizza che, a partire da una prima fase di adattamento dei modelli esistenti, si debba giungere progressivamente ad un modello organizzativo di tipo più strutturato, che richiede necessariamente una ri-organizzazione sistemica di tutto l'impianto organizzativo e gestionale dell'integrazione Socio-Sanitaria.

Il processo di cambiamento del modello organizzativo della P.U.A., con una connotazione comunque agile e con un'operatività flessibile, rappresenta la spinta propulsiva alla costruzione di un sistema socio-sanitario semplificato e fortemente integrato tra risorse, professionalità e procedure gestionali. Il modello organico, basato su una rete di punti di accesso uguali tra loro, non specialistici ma polivalenti, capaci sia di gestire domande/risposte semplici sia di attivare i 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.

Al fine di realizzare economie di scala occorre però, necessariamente, partire da un processo che ottimizzi le esperienze e le risorse (strumentali, tecnologiche, umane) già presenti sui territori, avviando nel contempo 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 Socio-Sanitari.

La formazione del personale Sociale e Sanitario coinvolto risulta, pertanto, un punto cardine per favorire ed agevolare questo percorso di transizione. La formazione del personale deve essere anche continua, al fine di favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze capaci di rispondere alle mutevoli esigenze dei cittadini. Il personale deve, inoltre, attraverso il confronto con la sua organizzazione, condividere aspetti procedurali e gestionali interni al circuito di erogazione dei servizi e delle prestazioni, evidenziando criticità, limiti e potenzialità.

4 STRUMENTI PER LA GOVERNANCE

L'attuazione del modello della Porta Unica di Accesso richiede il consolidamento e lo sviluppo di un impianto di governo condiviso tra il Sociale e il Sanitario, finalizzato alla realizzazione di un sistema unico dei servizi alla persona. L'adozione di strumenti di governo "forti e partecipati", costituisce una condizione imprescindibile per garantire la piena capacità di perseguimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza nella gestione delle risorse. Gli strumenti di governance del sistema devono garantire, innanzitutto, la regolamentazione dei rapporti tra i vari soggetti coinvolti e devono, altresì, definire i ruoli, le funzioni e le procedure operative da adottare all'interno del processo integrato di accesso ai servizi.

Attualmente lo strumento di governo istituzionale adottato sui territori è rappresentato prevalentemente dagli Accordi di Programma¹² sottoscritti dagli Ambiti Territoriali e dall'A.S.L. di riferimento, per la gestione integrata dei servizi a prevalenza Socio-Sanitaria programmati nei Piani di Zona e nei Piani Attuativi Territoriali. Alla luce delle esigenze di rafforzamento del livello d'integrazione istituzionale, per favorire la costituzione di un presidio forte di gestione ed amministrazione delle risorse integrate tra Sociale e Sanitario, tale strumento richiede un perfezionamento ed un concreto adeguamento dei suoi contenuti che identifichi meglio il meccanismo dei rapporti istituzionali e di governo tra Comuni/Ambiti Territoriali e A.S.L..

Il rafforzamento della governance si sviluppa attraverso l'adozione di diversi strumenti quali ad esempio:

- la Convenzione tra Ambito Territoriale ed A.S.L., atta a regolamentare lo svolgimento in modo coordinato di funzioni e di servizi determinati, in quanto definisce la volontà dei diversi Enti di gestire insieme la P.U.A., definendo a monte le risorse che ciascun Ente mette a disposizione e individuando il responsabile del servizio;
- il Regolamento di attuazione P.U.A. quale strumento per la programmazione territoriale dei soggetti coinvolti. Tale regolamento dovrà essere ispirato ad alcuni principi generali quali:
 - a - semplificazione dell'accesso al sistema dei servizi socio sanitari;
 - b - unitarietà delle fasi di accesso della persona;
 - c - adeguatezza e continuità degli interventi.

Nel regolamento vanno definiti in modo puntuale tutti gli elementi che concorrono all'organizzazione e alla procedura esecutiva del servizio. All'interno sarà opportuno precisare alcuni imprescindibili capisaldi, quali:

- finalità da perseguire;
- attività e funzioni delle P.U.A., tali funzioni devono essere esplicitate soprattutto in termini di raccordo tra i vari elementi della P.U.A. e con il sistema complessivo dei servizi;
- struttura organizzativa e funzionamento;
- modalità d'informazione al cittadino sul servizio offerto, sulle sedi operative, sulle modalità di accesso;
- strumenti di facilitazione (quali carta dei servizi, mappature territoriali dei servizi pubblici e/o privati, sistemi informatizzati prevedibilmente integrati);

¹² Art. 34 del Decreto Legislativo n.277 del 18 agosto 2000, Testo Unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti Locali, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 227 del 28 settembre 2000 - Supplemento Ordinario n. 162.

- modalità di accesso degli utenti e orari di apertura (comunicando in maniera chiara gli orari di apertura al pubblico e le modalità di accesso al servizio Organico e specifiche competenze impegnate nella P.U.A.);
- strumenti operativi per la gestione del contatto con il cittadino:
 1. scheda d'accesso unica;
 2. strumenti di comunicazione interna tra i vari soggetti coinvolti (quali recapiti telefonici, fax, e-mail, pec, rete intranet...);
 3. strumenti per il reperimento in rete delle informazioni per l'evasione della domanda semplice.

5 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

Il monitoraggio e la valutazione del complesso processo di accesso ai servizi Socio-Sanitari sono azioni fondamentali per favorire una pianificazione ed una programmazione adeguata e razionale delle risorse disponibili e/o da attivare in risposta ai bisogni della popolazione, sempre più esposta al rischio di marginalità e fragilità sociale.

Realizzare azioni di monitoraggio e di valutazione dei dati richiede l'impegno, da parte di tutti i soggetti funzionali alla P.U.A., a svolgere attività ordinarie di registrazione dei dati e periodiche elaborazione dei dati raccolti. Queste attività devono essere organizzate in una procedura univoca, standardizzata, condivisa e partecipata tra tutti i livelli di governance del sistema Sociale e Sanitario¹³.

Dalla verifica sui sistemi informativi utilizzati si evince chiaramente che le azioni da intraprendere devono andare verso l'implementazione di un percorso di monitoraggio e di valutazione "sistemico ed organico". In questo quadro, un aspetto importante da considerare è quello relativo alla ottimizzazione delle risorse disponibili e alla convergenza delle informazioni, con la possibilità di interazione ed integrazione tra sistemi.

Allo stato attuale in Regione Campania¹⁴ le attività afferenti alla raccolta e all'elaborazione di dati sull'offerta e sulla domanda di accesso ai servizi e sulla erogazione delle prestazioni Socio-Sanitarie risentono di alcune criticità che bisogna superare attraverso:

- la gestione del servizio in maniera univoca e omogenea in tutto il territorio regionale;
- attività di coordinamento tra i diversi livelli di governance del processo (Ministeri, Regione, Provincia, Ambiti Territoriali, AA.SS.LL., MMG e PLS);
- l'implementazione di un sistema di tracciabilità del percorso di presa in carico personalizzato e multidimensionale;
- razionalizzazione e sistematizzazione dei sistemi di reperimento e utilizzo delle informazioni riferite agli utenti, soprattutto in relazione ai dati anagrafici come le generalità, il Cod. Fiscale, la residenza, il domicilio, lo stato di famiglia, l'ISEE, utente in carico ai ad altri servizi.

Tutto il sistema di monitoraggio e di valutazione della P.U.A., dunque, deve essere definito sulla base dei tre concetti cardine per l'azione della pubblica amministrazione: Efficacia, Efficienza ed Economicità, oltre che sulla concreta soddisfazione del cliente/utente del servizio.

¹³ Con la emanazione dei Decreti Ministeriali del 17 Dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" e "Sistema Informativo assistenza domiciliare" (G.U. Serie Generale n. 6 del 9 gennaio 2009), il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) ha definito le norme per la rilevazione nazionale delle informazioni delle prestazioni erogate in assistenza residenziale e semi-residenziale per non autosufficienti e le prestazioni di tipo domiciliare. Tali Decreti attivano la rilevazione e prevedono che le regioni predispongano un Piano di Adeguamento per la messa a regime della rilevazione prevista per l'anno 2011, secondo le specifiche tecniche del decreto. La rilevazione ministeriale prevede due fasi: una prima fase di rilevazione delle informazioni anagrafiche, sanitarie e socio-sanitarie (dal 01/07/2010) ed una seconda fase di rilevazione per la valutazione multidimensionale dell'assistito (dal 01/01/2011).

¹⁴ Si riportano nell'Allegato D i sistemi informativi utilizzati.

5.1 Definizione e finalità

Prima di addentrarci nella discussione sulle attività di monitoraggio e valutazione riferite al processo lavorativo della P.U.A., è bene definire brevemente quali finalità l'azione del monitorare e quella del valutare assumono, evidenziandone le differenze tanto da evitare facili sovrapposizioni.

Il monitoraggio ha la finalità di misurare, *quantificare*, l'efficienza e l'efficacia del processo di accesso unitario attivato e del modello organizzativo implementato, secondo procedure standardizzate, mentre la valutazione ha la finalità di *qualificare, assegnare un valore di positività o negatività*, rispetto all'esito o al risultato atteso dal percorso di accesso del cittadino verso l'ingresso nel sistema di presa in carico, che lo individua come utente, ossia fruitore di un servizio e/o di prestazioni.

Le attività di monitoraggio e di valutazione riferibili alla P.U.A. sono strettamente connesse al modello organizzativo adottato. Esse, infatti, trovano sicuramente il proprio confine in presenza di un bisogno complesso, che richiede l'invio della domanda presso le strutture competenti per la valutazione multidimensionale, per la presa in carico del caso e per l'erogazione delle relative prestazioni.

5.2 Gli Indicatori di Monitoraggio e Valutazione

Nell'azione del monitoraggio e in quella, consequenziale, della valutazione, affinché siano perseguiti obiettivi di conoscenza sull'efficacia, l'efficienza e l'economicità del processo attivato, è importante che si definiscano quali elementi informativi considerare. Gli elementi informativi a loro volta devono essere ricondotti in un quadro di indicatori analitici¹⁵, che facilitano la misurazione di conoscenze non altrimenti indagabili.

Nello specifico, il piano delle attività di raccolta dei dati della P.U.A.¹⁶ si deve sviluppare su una serie di tipologie di indicatori funzionali all'elaborazione statistica dei dati (percentuali, indici, rappresentazioni grafiche, ecc.), che favorisca la costruzione di un quadro di lettura finalizzato alla valutazione delle informazioni raccolte.

Tra le varie categorie di indicatori, vanno considerati, in primis, quelli di carattere socio-demografico, relativi alla tipologia di utenza che si rivolge alla P.U.A. e che inoltra la richiesta di accesso ai servizi. Le informazioni sull'utenza sono facilmente rilevabili attraverso l'utilizzo della scheda di accesso al sistema di servizi che deve, pertanto, rispondere anche ad un obiettivo di tipo informativo. La dimensione della valutazione, per questa tipologia di indicatore, è quella relativa alle caratteristiche del bacino di utenza che si rivolge alla P.U.A., in rapporto al bacino potenziale e alla popolazione del territorio di riferimento (Ambito Territoriale/Comune/Distretto Sanitario). Un obiettivo specifico potrà essere quello di valutare la capacità dei vari Punti di Accesso territoriali della P.U.A. di raggiungere la popolazione locale più fragile.

Questa prima categoria di indicatori è collegata a quella relativa alla tipologia di domanda di accesso ai servizi, nella quale il richiedente esprime direttamente un bisogno di cura. Insieme all'indicatore di monitoraggio sul bisogno espresso dall'utenza è importante monitorare anche quello sul bisogno inespresso, rilevabile dal Punto di Accesso nella fase di prima valutazione della domanda.

¹⁵ Allegato C "Indicatori di Monitoraggio della P.U.A."

¹⁶ Il livello di complessità del sistema di monitoraggio e di valutazione è strettamente correlato al livello di implementazione del modello organizzativo P.U.A.. Con la graduale attuazione di un modello organizzativo unitario, di tipo più organico, e con l'adeguamento e l'allargamento di funzioni uniformi tra le P.U.A., deve corrispondere anche la capacità di realizzare attività di monitoraggio e di valutazione delle informazioni su tutto il processo. Gli obiettivi specifici, le modalità operative, gli strumenti, la periodicità delle rilevazioni devono essere indicati nei protocolli operativi delle procedure della P.U.A. e devono trovare coerenza con gli altri sistemi di rilevazione in uso, necessari a coprire debiti informativi verso gli Enti o le organizzazioni gerarchicamente preordinati.

I dati di questa categoria di indicatori sono desumibili sempre dalla scheda di accesso, che deve essere correlata da una sezione sulla domanda/bisogno espresso ed inespresso dall'utente e sulla risposta/servizio erogato. La dimensione della valutazione, per questa tipologia di indicatore, è relativa alle caratteristiche e all'entità della domanda/bisogno, correlato alle risposte fornite dalla P.U.A. e al sistema di offerta di servizi Sociali, Sanitari e Socio-Sanitari. L'obiettivo specifico potrà essere, ad esempio, quello di valutare la capacità della P.U.A. di fornire risposte adeguate ai bisogni espressi ed inespressi.

A tal scopo assume una sua specifica significatività la categoria degli indicatori di monitoraggio relativi alla tipologia dell'offerta di servizi territoriali (mappatura servizi pubblici e privati). I dati, in questa categoria di indicatori, devono essere raccolti in termini di:

- quantificazione dell'offerta dei servizi residenziali, semi-residenziali, e domiciliari territoriali/ambulatoriali in rapporto alle aree d'intervento/bisogno, per i settori del Sociale, del Sanitario e del Sociosanitario;
- qualificazione dell'offerta e tipologia di prestazioni accessorie offerte, rispetto a quelle previste dal sistema normativo di accreditamento e autorizzazione al funzionamento.

In questa area di monitoraggio rientra anche il vasto discorso sulla rilevazione di tutte le risorse (strutturali, organizzative e professionali) disponibili, finalizzata a costruire una mappatura dell'offerta di servizi Sociale e Sanitaria, quale valido e fondamentale strumento operativo per la gestione ottimale del processo lavorativo della P.U.A.¹⁷. La dimensione della valutazione si incrocia con quella precedente, relativa alla capacità del sistema di offerta di rispondere alla domanda. L'obiettivo specifico potrebbe essere quello di favorire e facilitare un "riequilibrio", nel territorio di riferimento, del rapporto "quanti-qualitativo" tra domanda ed offerta.

Una categoria a sé è rappresentata dagli indicatori di processo, di esito e di impatto, che non riguardano esclusivamente la P.U.A. quanto piuttosto tutto il complesso sistema dell'integrazione tra il Sociale ed il Sanitario.

La prima categoria, quella di processo, riguarda la raccolta di dati sul modello organizzativo della P.U.A., sulle modalità di lavoro e sulle procedure esecutive adottate. Gli indicatori in questa categoria sono riconducibili agli aspetti strutturali e logistici, alla comunicazione, alle risorse umane, alla tempistica generata dal processo operativo nel fornire risposte adeguate alle domande. La dimensione della valutazione, relativa a questa categoria di indicatori, è prevalentemente orientata alla verifica del rispetto dei requisiti, quantitativi e qualitativi, della P.U.A., definiti nel modello organizzativo e nel protocollo procedurale.

La categoria degli indicatori di esito riguarda, invece, la raccolta di dati ed informazioni sul risultato ottenuto dal processo attivato dalla P.U.A. in rapporto all'utenza. Gli indicatori sono relativi alla misurazione della soddisfazione dell'utenza (Customer Satisfaction) e della qualità percepita. La valutazione, in questa categoria di indicatori, va effettuata in una dimensione complessiva del percorso di presa in carico, che si estende lungo un percorso articolato che coinvolge più soggetti (servizi, strutture e professionalità).

Una ulteriore categoria di indicatori è quella di impatto. Essa riguarda la raccolta di dati sul macrosistema dei servizi alla persona, con la finalità di misurare, data la conoscenza sulla situazione di partenza, i cambiamenti nel tempo generati dall'intervento del servizio P.U.A.. La dimensione della Valutazione, in questa categoria di indicatori, assume una valenza di verifica dell'efficace e dell'efficienza complessiva del sistema.

¹⁷ Un altro elemento importante per il funzionamento della P.U.A., è quello relativo alla Carta dei Servizi di cui tutti gli enti erogatori di servizi e prestazioni devono dotarsi con aggiornamenti periodici in relazione alle integrazioni o alle modifiche organizzative del servizio.

ALLEGATI

Allegato A Scheda di Accesso

PROTOTIPO SCHEDA DI ACCESSO AL SISTEMA DI SERVIZI

*SISTEMA DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI
A GESTIONE INTEGRATA E COMPARTICIPATA
Set minimo per scheda di accesso P.U.A.*

PROPOSTA DI ACCESSO

A.S.L. (logo) _____ DISTRETTO _____

AMBITO TERRITORIALE (logo) _____

Data scheda _____

Codice identificativo (generato dal sistema informativo sociale e sanitario) _____

PORTA UNICA D'ACCESSO

Unità Operativa Distrettuale: _____
 Servizi Sociali/Segretariato Sociale di: _____
 Altro _____

Nominativo operatore: _____
N. Prot. interno _____

**SEZIONE
DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO**

Cognome	Nome	Sesso
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Data di nascita	Comune di nascita	C.F./STP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazionalità: italiana <input type="checkbox"/> Straniero <input type="checkbox"/> cittadinanza: _____		
Straniero temporaneamente presente (STP) <input type="checkbox"/>		
Stato Estero di residenza	Regione di residenza	AS.L. di residenza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comune di residenza	Indirizzo	Telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comune di domicilio	Indirizzo	Telefono
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	

Stato civile	<input type="checkbox"/> 1= celibe/nubile	<input type="checkbox"/> 4=divorziato/a
	<input type="checkbox"/> 2=coniugato/a	<input type="checkbox"/> 5=vedovo/a
	<input type="checkbox"/> 3=separato/a	<input type="checkbox"/> 6=Convivente
	<input type="checkbox"/> 7=Non dichiarato	

Condizione lavorativa	<input type="checkbox"/> Pensionato	<input type="checkbox"/> Non occupato
	<input type="checkbox"/> Inabile al lavoro	<input type="checkbox"/> Casalinga
	<input type="checkbox"/> Occupato dipendente	<input type="checkbox"/> Studente
	<input type="checkbox"/> Occupato con rapporto precario/temporaneo	
	<input type="checkbox"/> Occupato in forma autonoma	
	<input type="checkbox"/> Altro _____	

Grado d'istruzione	<input type="checkbox"/> 1 Nessuno	<input type="checkbox"/> 4 Media sup.
	<input type="checkbox"/> 2 Licenza elementare	<input type="checkbox"/> 5 Diploma universitario
	<input type="checkbox"/> 3 Media Inf.	<input type="checkbox"/> 6 Laurea
		<input type="checkbox"/> 7 Non dichiarato

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

<input type="checkbox"/> MEDICO DI MEDICINA GENERALE	<input type="checkbox"/> PEDIATRA DI LIBERA SCELTA
COGNOME e NOME _____	
A.S.L. _____ DISTRETTO _____	
TEL _____	E-MAIL _____

SEZIONE - RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE

RICHIESTA/SEGNALAZIONE:

- Utente direttamente Familiare/Parente Tutore giuridico
 Rete informale: _____
 U.O. ospedaliera: _____
 Struttura residenziale: _____
 Altri servizi sociali dell'ambito territoriale: _____
 Ambulatorio STP
 Autorità giudiziaria Privato sociale Scuola
 Altro: _____

Tipo di richiesta espressa:

- Assistenza Domiciliare Ricovero in Strutture Residenziali
 Ricovero in Stru. Semi Residenziali Contributi Economici
 Altro: _____

Area prioritaria di riferimento:

- Famiglie Anziani Minori Disabili
 Indigenti Dipendenza Immigrati Disagio psichico
 Segretariato sociale Altro: _____

Utente che già fruisce di servizi

- Servizi Sociali: _____
 Servizi Sanitari: _____
 Altro: _____

SEZIONE - BISOGNO RILEVATO

BISOGNO RILEVATO DALL'OPERATORE

MOTIVAZIONI DELLA RICHIESTA DELL'OPERATORE:

- Anziano "fragile" e patologie geriatriche con riduzione dell'autonomia
 Disabilità fisico/psichica, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano riduzione dell'autonomia
 Malattia acuta temporaneamente invalidante o stabilizzazione stato clinico (post acuzie)
 Insufficienza del supporto familiare/famiglia non in grado di provvedere
 Solitudine
 Alloggio non idoneo
 Dimissione socio-sanitaria protetta da reparto ospedaliero o da struttura residenziale
 Tossicodipendenza
 Altro: _____

PRIMA VALUTAZIONE

- Bisogno semplice
- Bisogno complesso
- Caso urgente

 Sociale Sanitario**PROPOSTA DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI**

- Sociale
- Sanitario
- Invio al percorso integrato/attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

CONSENSO INFORMATO

Il/la sottoscritto/a _____

in qualità di (specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs n.196/03 SI NO

Luogo e data della richiesta _____ Firma _____

Allegato B

Format del Regolamento delle procedure operative

Premessa

La realizzazione del Sistema Integrato di interventi e Servizi Sociosanitari non può prescindere da un metodo unitario, condiviso e coordinato che orienti gli attori locali sociali e sanitari, ad affrontare i problemi, in modo congiunto, organizzando le risposte, in termini di servizi multidimensionali e integrati, con l'obiettivo comune di garantire livelli essenziali di assistenza e protezione. La funzione strategica dell'integrazione sociosanitaria, infatti, è uno dei capisaldi del welfare locale, che ne risulta permeato in ogni sua attività programmatica e operativa attivata sul territorio.

La consapevolezza che gli interventi sociosanitari integrati rappresentano un impegno ineludibile a garanzia dei diritti della persona ha spinto ad avviare un processo graduale di integrazione gestionale ed operativo delle procedure d'accesso ai servizi, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e di protezione sociale.

L'integrazione socio-sanitaria rappresenta quindi un'opzione insindacabile, la sola in grado di promuovere risposte unitarie ai bisogni complessi del cittadino, che non potrebbero essere adeguatamente affrontati da sistemi di risposte separate, sociali e sanitarie.

È dunque indispensabile che Ambiti Territoriali e Distretti Sanitari condividano un sistema unico di accoglienza delle istanze, capace di offrire ai cittadini, mediante un punto unitario d'accesso, l'opportunità di usufruire di tutti i servizi sociali e sanitari del territorio.

Il presente regolamento disciplina, pertanto, l'accesso unitario ai servizi socio-sanitari, mediante la Porta Unica d'accesso (P.U.A.), che ha funzione di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, prima valutazione, attivazione di servizi in risposta ai bisogni complessi dell'utenza, monitoraggio e valutazione del processo d'accesso e delle prestazioni erogate.

Art.1

Definizione e finalità

La Porta Unica d'Accesso (P.U.A.) rappresenta l'anello operativo strategico per il recepimento unitario delle istanze sociali, sanitarie e sociosanitarie. Essa è la risposta alle esigenze riconosciute da tutti i soggetti operativi coinvolti di efficienza organizzativa, semplificazione delle procedure di accesso ai servizi sanitari e/o sociali, razionalizzazione delle risorse umane e finanziarie, di abbreviazione dei tempi di risposta; in una sola parola di efficacia del sistema socio-sanitario.

La P.U.A., si pone come obiettivo di rispondere a queste esigenze e si configura come luogo "d'ingresso privilegiato" nel sistema dei servizi Sociali, Sanitari e Sociosanitari e come modalità "organizzativa integrata", prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni richieste.

La Porta Unica d'Accesso è quindi costruita sui molteplici bisogni della persona, mira a migliorare le modalità di presa in carico unitaria della stessa, ad eliminare o semplificare i numerosi passaggi ai quali l'utente e/o i familiari devono adempiere per ricevere risposte ed assistenza e a limitare il rischio di burocratizzazione del sistema.

Art.2

Attività e funzioni

La P.U.A. compie attività e funzioni riassunte come segue:

Accoglienza, informazione e orientamento

- accoglienza dell'utenza;
- ascolto attivo delle richieste e dei bisogni;
- prima lettura del bisogno espresso dal cittadino;
- informazione relativamente ad opportunità, risorse, prestazioni, e possibili agevolazioni, nonché sul sistema dei servizi esistenti ed accessibili a tutti i cittadini del territorio di riferimento;
- Orientamento all'utilizzo dell'informazione fornita e del canale più adatto per ottenere una risposta adeguata da altri servizi.

Accompagnamento, che si esplica nell'indirizzare attivamente l'utente verso le strutture erogatrici di servizi (diversi da quelli forniti dal P.U.A.), attraverso per esempio la definizione di appuntamenti o l'attivazione di servizi ed équipe professionali (come U.V.I. - l'U.V.M.), atti alla valutazione di secondo livello necessaria per fornire risposte ad un bisogno complesso;

Risoluzione di problemi semplici, che si esplica nell'erogazione immediata, o comunque tempestiva, di risposte esaurienti a bisogni semplici;

Attivazione dell'U.V.I., quando necessario, per i bisogni complessi;

Avvia il processo di presa in carico e l'integrazione dei servizi della Rete Territoriale;

Osservatorio, che si esplica nell'attività di raccolta e analisi di dati sulla domanda e sull'offerta di servizi (mappatura) nonché con la ricezione dei reclami dell'utenza.

Art. 3

Destinatari

I destinatari degli interventi di cui al presente regolamento sono tutti i cittadini nonché i soggetti in condizioni di bisogno sociale, sanitario, socio-sanitario e/o patologico (minori, famiglie in difficoltà, anziani, disabili, soggetti psichiatrici, tossicodipendenti e alcolodipendenti, malati cronici, ecc.) che richiedono di accedere ai servizi socio-sanitari e socio-assistenziali del territorio del Distretto A.S.L. _____ e dell'Ambito Territoriale _____

Art. 4

Modalità d'accesso e accoglienza della domanda

La P.U.A. si configura come uno sportello unico di accoglienza delle istanze dei cittadini, ma articolata su più punti di accesso dislocati sul territorio dell'Ambito e del Distretto Sanitario, al fine di consentire la simultaneità delle risposte da parte dei soggetti chiamati ad intervenire su problematiche complesse, nella logica dell'avvio della "presa in carico".

I Punti di accesso della P.U.A. sono organizzati sul territorio del Distretto/Ambito Territoriale in modo da essere uniformi per operatività e funzioni.

La P.U.A. è un servizio gratuito, a cui si accede attraverso la redazione di una scheda, appositamente predisposta e compilata dagli operatori, che risulti idonea a registrare i bisogni del richiedente e tutte le informazioni che si ritengono utili.

Ad essa si ha accesso nei giorni e negli orari stabiliti, anche senza appuntamento, in un luogo raggiungibile e capace di assicurare il rispetto della riservatezza e tale da garantire:

- 1) accoglienza
- 2) ascolto
- 3) informazione e orientamento
- 4) decodifica del bisogno
- 5) avvio della presa in carico

La P.U.A. riceve segnalazioni con varie modalità (in via informatica, attraverso apposito software gestionale, e-mail, fax, telefono, ecc.) che possono giungere da diversi attori sociali e sanitari (direttamente dall'assistito o suo familiare, MMG, PLS, Assistente sociale, Operatore sociale o di prossimità, ecc.); effettua l'accettazione della domanda mediante compilazione e registrazione della scheda d'accesso. Decodifica l'istanza mediante una prima valutazione e gestisce l'attivazione dei servizi sociali e sanitari della rete territoriale.

Se il bisogno è di natura semplice, in quanto richiede solo una prestazione strettamente sanitaria o sociale, inoltra il caso all'UU.OO. di competenza del Distretto Sanitario o ai Servizi Sociali dell'Ambito territoriale. I Responsabili dei settori interessati devono successivamente trasmettere alla P.U.A. un'informativa circa l'evasione della domanda.

La P.U.A. può anche fornire una risposta immediata quando la domanda è ben circostanziata per diritti e opportunità (es. moduli per accertamento disabilità, invalidità civile erogazione ausili e presidi, ecc.) o il bisogno espresso è semplice e può essere evaso direttamente da un operatore qualificato della P.U.A..

Quando, invece, si accerta una problematica di natura complessa, che richiede un intervento integrato socio-sanitario, la P.U.A. attiva le Unità di Valutazione Integrata.

Art.5

Struttura organizzativa e personale dedicato

La P.U.A. è accessibile sul territorio del Distretto/Ambito Territoriale in vari punti organizzati in modo omogeneo per operatività e funzioni.

I punti di accesso devono garantire la facile raggiungibilità e possedere adeguati requisiti strutturali e tecnologici per assicurare in termini efficienti ed efficaci lo svolgimento delle proprie funzioni. Nello specifico:

- 1) luoghi dedicati alle attività di front office in cui siano svolte le funzioni di accoglienza e ascolto del bisogno, dotati di strumenti idonei per la comunicazione telefonica e informatica, nonché per la raccolta e l'archiviazione delle informazioni;
- 2) spazi maggiormente riservati per colloqui e prima valutazione del caso;
- 3) luoghi di back office per l'accompagnamento delle istanze e per il collegamento con i servizi e la Funzione di Coordinamento.

La P.U.A. è costituito da personale del settore sociale e sanitario fornito dall'Ambito territoriale e dal Distretto sanitario dell'A.S.L., appositamente formato e con assegnazione alle attività di front office e/o di back office. Va comunque garantita anche la presenza di un operatore amministrativo.

Art.6

Gestione e Funzionamento

Per una corretta gestione e funzionamento si dovrà garantire:

- 1) stretto collegamento con la Funzione di Coordinamento del Distretto sanitario e dell'Ambito territoriale;

- 2) integrazione con i servizi e le risorse sul territorio (carta dei servizi, network territoriali pubbliche e private, ecc.);
- 3) formazione adeguata degli operatori;
- 4) dotazione di strumenti informatici mediante una piattaforma software integrata, per un' efficiente ed efficace gestione dell'accesso, delle procedure attivate e del coordinamento con la rete dei servizi sociosanitari del territorio. In tal senso è fondamentale che si condivida un Database e una piattaforma informatica accessibile e aggiornabile da qualsiasi Punto di Accesso, finalizzati:
 - all'immissione univoca dei dati della domanda, ovvero della registrazione della domanda/accesso attraverso una scheda anagrafica e di rilevazione del bisogno;
 - alla condivisione in rete dei dati (utenza/bisogno/risposta) con condivisione di una Cartella Sociosanitaria Individuale e Personalizzata;
 - al feedback automatico sul percorso assistenziale, o tutelare attivato, sull'esito dell'attività della P.U.A. rispetto alle sue funzioni e sino alla data di avvio della presa in carico e della individuazione di un case manager, di cui deve rimanere memoria nel sistema;
 - all'archiviazione e alla elaborazione delle informazioni;
 - alle azioni di monitoraggio dei dati, di valutazione e di Customer Satisfaction.

Art.7

Informazione

L'Ambito territoriale e il Distretto Sanitario assicurano, con idonee modalità, la più ampia e chiara informazione alla cittadinanza su funzioni, sedi e orari di ricevimento al pubblico della P.U.A..

Nello specifico:

Allegato C

Elenco esemplificativo degli indicatori analitici di Monitoraggio

A) Monitoraggio della tipologia di utenza

- Indicatori di tipo socio-demografico.
- Richiedente (es. familiare – vicino – scuola – volontario - altro).
- Comune di Residenza/Ambito Territoriale – Distretto/A.S.L..
- Stato Civile.
- Et  / Fasce et  (corrispondenti tra i vari sistemi di rilevazione Sociale e Sanitario).
- Sesso.
- Scolarit .
- Condizione Occupazionale.
- Condizione economica (ISEE).
- Condizione abitativa.
- Situazione familiare.
- Condizione Clinica (buona, compromessa/presenza di patologie diagnosticate o da valutare).
- Invalidit .
- Legge 104/92.

1. Dimensione della valutazione

Valutazione sulle caratteristiche del bacino di utenza che si rivolge alla P.U.A. e rapporto con la popolazione del territorio di riferimento (Ambito Territoriale / Comune).

B) Monitoraggio della tipologia di offerta

Indicatori relativi alle risorse territoriali (strutturali, professionali ed organizzative) disponibili e alla dimensione stessa dell'offerta per territorio di riferimento: locale (Ambito Territoriale / A.S.L.), regionale e nazionale.

La mappatura territoriale dell'offerta sociale e sanitaria che deve comprendere, per esempio,

- Presidi Ospedalieri.
- Fornitura Ausili.
- Ambulatori.
- Strutture residenziali – tipologia servizio/prestazione e capienza.
- Strutture semi-residenziali – tipologia servizio/prestazione e capienza.
- Dimensione servizio domiciliare - ore programmate, n. operatori impiegati per profilo professionale.
- Associazioni di volontariato presenti.
- Strutture e servizi di sostegno.

Strumenti: Carta dei Servizi Sociali, Sanitaria e Socio-Sanitari

2. Dimensione della valutazione

Valutazione sulla copertura e sulle caratteristiche dell'offerta per area territoriale di riferimento Ambito Territoriale/A.S.L.- Dimensione valutativa che si incrocia con la domanda al fine di stabilire indici di corrispondenza tra Domanda ed Offerta (Indicatori n.3).

C) Monitoraggio sulla domanda

Indicatori relativi alla quantità e tipologia della domanda e del bisogno, espresso ed inespresso, per:

Aree d'intervento

- Minori.
- Responsabilità familiari.
- Maternità
- Donne in difficoltà.
- Anziani.
- Disabilità.
- Disabilità mentale.
- Immigrati.

Intensità del bisogno

- Lieve.
- Medio.
- Alta.

Tipologia del bisogno

- Sociale.
- Sociosanitario.
- Sanitario.

Prestazioni Richieste

- Sanitarie semplici.
- Sanitarie complesse.
- Sociosanitarie.
- Socio-assistenziali.
- Sociali e Sanitarie.

3. Dimensione della Valutazione

Valutazione sulla caratterizzazione della domanda per area territoriale di riferimento Ambito Territoriale/A.S.L. e risposta fornita - Dimensione valutativa che si incrocia con l'offerta di servizi al fine di stabilire indici di corrispondenza tra Offerta e Domanda (indicatori n.2).

D) Monitoraggio di processo

Indicatori legati al modello organizzativo e alle modalità di attuazione:

- Strutturali e logistici: accoglienza - livello di comunicazione - visibilità - accessibilità - dotazione tecnologica - rete telefonica - fax e ecc.;
- Personale: profilo professionale - formazione professionale adeguata, specifica e continua (aggiornamento) del personale – n. di operatori P.U.A. e rapporto con la popolazione di riferimento - capacità di ascolto attivo, di decodifica della domanda e di rispetto dei protocolli operativi;
- Tempi di attesa tra recepimento della domanda ed invio ai servizi competenti per la presa in carico;
- Tempi di attesa dell'utente per la presa in carico da parte del servizio o della struttura competente.

4. Dimensione della Valutazione

Valutazione sul rispetto degli standard quantitativi e qualitativi definiti nel modello organizzativo e nelle modalità di attuazione della P.U.A..

E) Monitoraggio di esito

Indicatori relativi alla misurazione della soddisfazione dell'utenza (Customer Satisfaction), da misurare in una dimensione complessiva del percorso assistenziale.

Indicatori:

- accoglienza – informazione;
- comunicazione;
- accessibilità e fruibilità;
- tempi del servizio P.U.A.;
- tempi di erogazione delle prestazioni.

5. Dimensione della Valutazione

Valutazione sulla soddisfazione dell'utenza.

Valutazione di efficacia ed efficienza.

Valutazione della qualità percepita del servizio offerto.

F) Monitoraggio di impatto

Indicatori relativi alla misurazione dell'impatto della P.U.A. sull'azione pubblica di governo delle politiche di integrazione tra il Sociale ed il Sanitario.

Indicatori:

- Riduzione dei costi delle spese per l'assistenza residenziale;
- Investimento sulle politiche ad integrazione socio-sanitaria;
- Passaggio da un modello organizzativo di P.U.A. solo funzionale ad un modello più organico;
- Riduzione dei tempi di attesa per la presa in carico;
- Diminuzione della sovrapposizione delle risposte / dei percorsi di cura;
- Economicità del sistema.

6. Dimensione della Valutazione

Valutazione sulle azioni della politica pubblica di gestione dell'integrazione Socio – Sanitaria.

Valutazione sulla soddisfazione dell'utenza.

Valutazione di efficacia ed efficienza.

Valutazione della qualità percepita del servizio offerto.

Allegato D

Sistemi Informativi

In Regione Campania, fino ad oggi lo sviluppo e l'implementazione dei sistemi informativi sia sociale che sanitario hanno seguito le regole definite a livello ministeriale e di fatto si sono configurati due sistemi informativi distinti, l'uno per il sociale e l'altro per la sanità.

Il sistema regionale utilizzato dal settore sanitario, denominato LeaSocioSan, è conformato alle specifiche del Nuovo Sistema Informativo Sociale - NSIS - e a Campania Sociale Digitale¹⁸; l'istituzione del sistema informativo dei servizi sociali, invece, dal gennaio 2010 ha avuto inizio la sperimentazione del flusso del SINA¹⁹, promosso dalla Direzione Generale del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali .

Il Ministero della Salute sviluppando un Nuovo Sistema Informativo Sanitario – **N.S.I.S.**, ha inteso predisporre *uno strumento essenziale per il governo della sanità a livello nazionale, regionale e locale e per migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini – utenti.*²⁰

Il Nuovo Sistema Informativo Sanitario è basato sulla cooperazione e l'integrazione dei diversi sistemi informativi regionali e locali e costituisce lo strumento di governo e supporto dei flussi informativi del Servizio Sanitario Nazionale.

Attraverso N.S.I.S. il Ministero della Salute misura il livello di erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza e mira, attraverso un sistema di indicatori, a misurare anche l'appropriatezza delle prestazioni erogate. Per le Regioni è diventato obbligo conferire i dati secondo le modalità definite dal Ministero, utilizzando i flussi informativi che confluiscono in N.S.I.S.²¹. Pertanto la corretta progettazione e lo sviluppo del NSIS hanno richiesto la disponibilità di un linguaggio comune per consentire l'interscambio informativo con i sistemi sanitari regionali. Il Ministero della Salute ha avviato una progettualità parallela e complementare a quella del NSIS per ottenere un univoco sistema di classificazione e definizione delle prestazioni erogate e da una omogenea modalità di raccolta dati e di conferimento degli stessi al sistema informativo sanitario nazionale. Questo Progetto è stato denominato Mattoni del S.S.N.²² ed ha coinvolto numerosi professionisti impegnati in 15 diverse linee progettuali per l'elaborazione di metodiche con l'intento di rispondere alle esigenze informative del N.S.I.S.. Ad oggi sono nati e sono in via di sviluppo diversi sistemi informativi derivanti dall'elaborazione dei flussi informativi definiti nell'ambito delle diverse progettualità "Mattoni del S.S.N." ed N.S.I.S..

Attualmente le Regioni sono coinvolte nell'implementazione di diversi flussi informativi nati dallo studio del Progetto Mattoni o da precedenti esperienze consolidate a livello ministeriale, che concorrono alla

¹⁸ Cfr. DGRC 1318/2009 Approvazione di "CAMPANIA SOCIALE DIGITALE", piano di azione per realizzare il sistema informativo".

¹⁹ Sistema Informativo per la Non Autosufficienza.

²⁰ Il protocollo d'intesa del 23 marzo 2005 e successivamente il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario "fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni".

²¹ Il protocollo d'intesa del 23 marzo 2005 e successivamente il "Patto per la Salute" del 28 Settembre 2006 hanno ribadito l'utilizzo del NSIS per le misure di qualità, efficienza ed appropriatezza del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando il conferimento dei dati al Sistema Informativo Sanitario "fra gli adempimenti a cui sono tenute le Regioni".

²² Conferenza Stato - Regioni del 10 dicembre 2003, ha individuato 15 gruppi di lavoro che prevedono un forte coinvolgimento delle Regioni.

alimentazione del nuovo Sistema Informativo Sanitario e che permetterà, una volta a regime, la creazione di un record individuale che accumuli nel tempo tutta la storia clinica di ciascun individuo.

I flussi che rilevano l'assistenza territoriale di tipo sociosanitari al momento attivi sono:

- **S.I.N.D.** - Sistema Informativo Nazionale Dipendenze - . Il D.M. 11 Giugno 2010, emesso dal Ministro della Salute 2010, disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS. L'Osservatorio Europeo di Lisbona ha identificato quale obiettivo prioritario la disponibilità di informazioni comparabili, attendibili e anonime sulle caratteristiche delle persone sottoposte al trattamento per il consumo di droga negli Stati membri. All'interno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il Sistema Informativo Nazionale Dipendenze - SIND, rispondendo a questo obiettivo, al momento focalizza la sua attenzione esclusivamente sulla dipendenza da sostanze stupefacenti e consente di monitorare l'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento, supportare le attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse e costruire indicatori a livello nazionale e regionale.

- **S.I.A.D.** - Sistema Informativo Assistenza Domiciliare -. Il D.M. 17 Dicembre 2008, emesso dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, disciplina la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN dell'ambito dell'assistenza domiciliare. Le forme di Assistenza Domiciliare oggetto di rilevazione sono esclusivamente quelle caratterizzate da interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria che soddisfano una serie di criteri guida specifici tra i quali si segnala la presa in carico dell'assistito, la valutazione multidimensionale dell'assistito, la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale, la responsabilità clinica in capo a Medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di Libera Scelta (PLS) o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/A.S.L..²³

- **F.A.R.** - Banca dati per l'Assistenza residenziale e semiresidenziale per i soggetti non autosufficienti Il D.M. 17 Dicembre 2008, emesso dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, disciplina pertanto la rilevazione delle informazioni relative alle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza Residenziale e Semiresidenziale ai soggetti non autosufficienti²⁴.

- **S.I.S.M.**, Sistema Informativo Salute Mentale. Il D.M. 15 Ottobre 2010, emesso dal Ministro della Salute disciplina nel dettaglio la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari in ambito della salute mentale e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al NSIS. Il SISM, è stato realizzato per monitorare gli interventi sanitari erogati alle persone adulte con problemi psichiatrici ed alle loro famiglie.

Gli Uffici regionali sanitari, mettendo a frutto il risultato proseguendo l'esperienza maturata dalle singole AA.SS.LL. nell'utilizzo del software di informatizzazione e rilevazione delle prestazioni sociosanitarie LEASOCIOSAN²⁵, hanno definito un sistema univoco regionale di monitoraggio delle prestazioni sociosanitarie denominato LEASOCIOSAN e realizzato in collaborazione con l'Agenzia Regionale sanità-

²³ Si segnala il decreto 6 agosto 2012 recante: "Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare".

²⁴ Si segnala il decreto 6 agosto 2012 recante Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali".

²⁵ D.G.R.C. 476/2004 e 2040/2006.

ArSAN che prevede il monitoraggio e l'informatizzazione delle prestazioni di cui all'allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2011 (D.G.R.C.2105/2008)

con una metodologia che mira a monitorare e verificare il percorso di accesso ai servizi e l'erogazione delle prestazioni conseguenti alla presa in carico e che va oltre i decreti ministeriali richiamati perseguendo l'obiettivo strategico del N.S.I.S., ovvero costruire un sistema univoco di raccolta dati relativi all'utente che accede ai servizi.

Nel rispetto degli obblighi determinatisi con i richiamati decreti ministeriali istitutivi dei flussi informativi specifici, sono stati elaborati e realizzati piani operativi per adeguare i flussi regionali ai tempi e alle caratteristiche richieste dal Ministero, al fine di ottemperare agli adempimenti previsti dai decreti che prescrivono il conferimento obbligatorio dei dati a decorrere dal 1 gennaio 2012 in modo completo.

Nel sistema di rilevazione LEASOCIOSAN che ricomprende ed esplicita i tracciati ministeriali S.I.A.D. e F.A.R. e che nella sua evoluzione prevede di accogliere le informazioni derivanti dai flussi S.I.N.D. e S.I.S.M., è prevista inoltre la rilevazione della componente sociale delle prestazioni sociosanitarie attivando le modalità di colloquio fra i sistemi informativi sociali e sanitari.

Per ciò che attiene il Settore Politiche Sociali, il **S.I.S., Sistema Informativo Sociale** (Legge Regionale n.11/07, art. 25), da istituire da parte della Regione per realizzare una compiuta analisi dei bisogni, fornire informazioni sulla spesa, sulla programmazione, sulla gestione e sulla valutazione delle politiche e dei servizi sociali, prevede l'obbligo per i Comuni di raccogliere i dati relativi al sistema di offerta dei servizi territoriali e dei bisogni rilevati nonché di trasmetterli alle Province. Nell'ambito del S.I.S. è stato definito il progetto **Campania Digitale Sociale**, approvato nel luglio 2009 dalla Giunta Regionale (DGRC 1318/2009, convalidata dalla nuova Giunta con DGRC 657/2010, Piano d'azione per realizzare il Sistema Informativo).

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

- **S.I.N.A.**, Sistema Informativo Non Autosufficienza, sperimentato dal Ministero del lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali con gli Ambiti Territoriali e finalizzato a monitorare l'utilizzo del Fondo Non Autosufficienza (D.G.R.C. 1788/2009).

Gli obiettivi generali perseguiti sono:

- sperimentazione di un sistema nazionale di informazioni individuali relative alle prestazioni erogate alle persone non autosufficienti, che si integrerà con il flusso N.S.I.S.;
- promuovere la diffusione della cartella sociale informatizzata tra tutti gli attori del *welfare* campano, per assolvere ai debiti informativi connessi con la fornitura di servizi alla persona in ambito sociale e socio-sanitario.

La partecipazione della Campania al progetto sta producendo ottime *performances*, sia in termini di Ambiti Territoriali partecipanti (26 nella I annualità a cui si aggiungono 14 Ambiti che hanno comunicato la propria disponibilità a partecipare alla II) sia in termini di schede inviate all'INPS, ente preposto alla raccolta. Nel dicembre 2010, al fine di consolidare il processo attivato con la sperimentazione SINA, la Giunta Regionale ha approvato il progetto “**S.I.N.A. Campania**” (DGRC 849/2010), partecipando al bando indetto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per rafforzare la presa in carico delle persone non autosufficienti. Il progetto, approvato, prevede il perseguimento, in 18 mesi, di 3 obiettivi particolarmente significativi, quali:

- la diffusione della cultura della presa in carico conforme con le indicazioni della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e con la metodologia ICF;
- la progettazione e sperimentazione di uno strumento di valutazione delle condizioni psico-socio-ambientali del cittadino non autosufficiente e di uno schema di progetto personalizzato con la creazione dei fascicoli elettronici di tutti i cittadini non autosufficienti in carico;
- la diffusione di una buona prassi realizzata da un Ambito Territoriale, attraverso l'uso di Tecnologie di Informazione e Comunicazione.

Inoltre il Settore Politiche sociali è impegnato nella definizione e costruzione di altri due flussi:

- **S.F.A.R.**, sperimentazione di un sistema di flusso informativo socio-sanitario, realizzato da alcuni Ambiti Territoriali attraverso un progetto cofinanziato dall'UE
- **S.In.Ba**, Sistema Informativo sulla Cura e la protezione dei Bambini e delle loro Famiglie (DGRC 1886/2009), progetto promosso dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e finalizzato alla raccolta di informazioni sulle prestazioni erogate ai minori e alle loro famiglie in difficoltà, con l'obiettivo di individuare e qualificare la domanda sociale e disporre di strumenti utili alla loro programmazione.

A questi flussi informatici ed informativi, che perlopiù servono a coprire debiti informativi richiesti dai sistemi di governo centrale per la rilevazione dei costi delle prestazioni, si aggiungono quelli che vengono utilizzati autonomamente dai MMG e dai PLS e che risultano essere differenti e differenziati, sia come sistemi che come schede/modulistica di rilevazione. I MMG e i PLS non sono “obbligati” ad usare un flusso informativo univoco ed in rete, che consentirebbe la condivisione dei dati e delle informazioni e neppure la esportazione dei dati poiché non coincidono neppure gli indicatori di monitoraggio.

Si ricorda che i diversi flussi tematici definiti a livello regionale e nazionale per la raccolta di dati relativi agli utenti e occorre che confluiscono in una sola cartella utente che afferisca al servizio territoriale competente. Inoltre al fine di monitorare la spesa sanitaria, le AA.SS.LL. e i centri erogatori di prestazioni sono impegnati nel conferimento dei dati attraverso i file specifici curati dall'Agenzia Regionale della Sanità - Ar.SAN²⁶.

Nell'ambito dei sistemi Informativi utilizzati si aggiungono anche quelli realizzati dagli Osservatori Provinciali sulle Politiche Sociali, previsti dall' art. 9 della Legge Regionale n.11/2007, che dovrebbero concorrere al monitoraggio e alla raccolta dei dati sull'offerta e la domanda di servizi per la costruzione di un profilo di comunità provinciale.

²⁶ D.G.R.C. 1200 del 01/08/2006 Ristrutturazione del flusso informativo regionale relativamente al file B, file C, file D, file E, file F, file G, file H.

Allegato E**Riferimenti Normativi****Riferimenti Normativi Nazionali**

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
<u>Legge del 23/12/1978 n. 833</u>	Istituzione del S.S.N., Servizio Sanitario Nazionale
<u>Decreto Presidente Repubblica del 20/12/1979 n. 761</u>	Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali
<u>Legge del 23/10/1992 n. 421</u>	Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale
<u>Decreto Legislativo del 30/12/1992 n. 502</u>	Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'Articolo 1 della Legge del 23 ottobre 1992, n. 421
<u>Decreto Presidente Repubblica del 14/01/1997</u>	Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
<u>Decreto Legislativo del 28/08/1997 n. 281</u>	Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle Regioni, delle Province e dei Comuni, con la Conferenza Stato-Città ed autonomie locali
<u>Decreto Legislativo del 31/03/1998 n. 112</u>	Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della L. 15 marzo 1997, n. 59
<u>Legge del 30/11/1998 n. 419</u>	Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502
<u>Decreto Legislativo del 19/06/1999 n. 229</u>	Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419
<u>Decreto Legislativo del 21/12/1999 n. 517</u>	Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419
<u>Decreto Legislativo del 18/02/2000 n. 56</u>	Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10 della L. 13 maggio 1999, n. 133
<u>Decreto Legislativo del 02/03/2000 n. 49</u>	Disposizioni correttive del D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, concernenti il termine di opzione per il rapporto esclusivo da parte dei dirigenti sanitari
<u>D.P.C.M. del 27/03/2000</u>	Atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del Servizio sanitario nazionale
<u>Decreto Legislativo del 07/06/2000 n. 168</u>	Disposizioni integrative e correttive del D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, in materia di principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende sanitarie locali e di limiti dell'esercizio del potere sostitutivo statale, nonché di formazione delle graduatorie per la disciplina dei rapporti di medicina generale
<u>Decreto Legislativo del 28/07/2000 n. 254</u>	Disposizioni correttive ed integrative del D. Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, per il potenziamento delle strutture per l'attività libero-professionale dei dirigenti sanitari
<u>Decreto Legislativo del 18/08/2000, n.267</u>	Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali
<u>Legge 08/11/2000, n. 328</u>	Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
<u>D.P.C.M. del 14/02/2001</u>	Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie
<u>Legge Costituzionale del 18/10/2001 n. 3</u>	Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione
<u>D.P.C.M. del 29/11/2001</u>	Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria

<u>Legge del 05/06/2003, n. 131</u>	Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3
Intesa Stato Regione del 23/03/2005	Adempimenti relativi al riequilibrio finanziario della spesa, sistema di controllo e monitoraggio dell'appropriatezza, obblighi informativi, disposizioni per il contenimento della spesa. Razionalizzazione della rete ospedaliera
Delibera CIPE n. 174 del 22/12/2006	Quadro Strategico Nazionale 2007/2013
Delibera CIPE n. 82 del 03/08/2007	QSN 2007/2013 – Obiettivi Convergenza
D.M. del 17/12/2008	“Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali ”
D.M. del 17/12/2008	“Istituzione del Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare”
D.M. 11/06/2010	Rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e socio-sanitari; modalità di trasmissione dati dalle Regioni e Province Autonome al N.S.I.S.
D.M. 15/10/2010,	Rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e sociosanitari in ambito della salute mentale; modalità di trasmissione dati dalle Regioni e Province Autonome al N.S.I.S
D.P.C.M. 29/11/2011	Monitoraggio e informatizzazione delle prestazioni. (allegato 1/C)
D.M. 06/08/2012	Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare>>.
D.M. 06/08/2012	Modifiche al decreto 17 dicembre 2008, recante «Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali»
Patto per la Salute 2010/2012	Approvato con provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009
Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali	Orientamento per la stesura di progetti di attivazione o implementazione del Punto Unico di Accesso (P.U.A.), 18 maggio 2009

Riferimenti Normativi Regionali

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
L.R. n. 10 dell'11/07/2002	Norme per il Piano Regionale Sanitario per il Triennio 2002/2004
D.G.R.C. n. 6467 del 30/12/2002	Recepimento del D.P.C.M del 29/11/2001, Indirizzi regionali di programmazione a Comuni ed AA.SS.LL. per un sistema integrato di interventi e servizi socio – sanitari per l'anno 2003
L.R. n. 8 del 22/04/2003	Realizzazione, organizzazione, funzionamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali Pubbliche e Private – RR.SS.AA.
D.G.R.C. n. 482 del 25/03/2004	Linee Guida per la Riabilitazione in Campania
D.G.R.C. n. 2016 del 05/11/2004	Rettifica ed integrazione alla D.G.R.C. n. 482 del 25.3.2004 "Linee Guida per la Riabilitazione in Campania
D.G.R.C. n. 2006/04	Linee d'indirizzo sull'assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della L.R. n. 8 del 22 aprile 2003
D.G.R.C. n. 838/2006	Legge Quadro 328/2000. Approvazione Linee Guida Regionali per i Piani di Zona - Anno 2006
D.G.R.C. n. 964/2006	Concernente i LEA sociosanitari
D.G.R.C. n. 460/2007	Approvazione del Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR
D.G.R.C. n. 1811/2007	Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali. Adempimento ai sensi della D.G.R.C. n. 460/2007
D.G.R.C. 1813 del 12/10/2007	Linee di indirizzo e schede per la programmazione e presentazione dei piani delle attività territoriali" e Circolare Applicativa del 06/11/2007 n. 1332
Legge Regionale n. 11 del 23/10/07	Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale
D.G.R.C. n. 1835 del 20/11/2008	Schema generale di riferimento della carta dei servizi sociali e della carta della cittadinanza nella Regione Campania", ex Art. 26 della L.R. n.11/2007
D.G.R.C. 1318 31/07/2009	Approvazione del Progetto Campania Sociale Digitale
D.G.R.C. n. 210 del 06/02/2009	Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del QSN 2007/2013
D.G.R.C. n. 694 del 16/04/09	Piano Sociale Regionale
D.G.R.C. n. 1317 del 31/07/2009	Organizzazione dei Servizi di Segretariato sociale e Porta Unica di Accesso - Art.24", L.R. n.11/2007
D.G.R.C. n. 1788 del 2009	Sperimentazione S.I.N.A. finalizzata a monitorare l'utilizzo del Fondo Non Autosufficiente
D.G.R.C. n. 1886 del 2009	Sistema Informativo sulla Cura e la protezione dei Bambini e delle loro Famiglie
Decreto G.R. n. 871 del 28/10/2009	Indicazioni operative per la presentazione dei Piani di Zona triennali in applicazione al Piano Sociale Regionale. Con Allegati
D.P.G.R. n. 16 del 23/11/2009	Regolamento di attuazione della L.R. n. 11/2007
Decreto Commissariale n. 49/2010	Riassetto della rete ospedaliera e territoriale
Decreto del Commissario ad Acta n.6 del 04/02/2010	"Determinazione delle tariffe per prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri Diurni ai sensi della legge regionale n. 8/2003".
D.D.R.C. n. 849 del 2010	Approvazione del Progetto SINA Campania
D.G.R.C. n. 369 del 23/03/2010	Linee Guida per la carta dei Servizi Sanitari
Circolare del Sub Commissario ad Acta n. 3794 del 09/11/2010	Direttiva per il potenziamento delle attività territoriali in particolare il sistema delle cure domiciliari
Piano Sanitario Regionale 2011/2013	Pubblicato sul BURC n. 32 del 27/05/2011
Decreto del Commissario ad Acta n. 4 del 10/1/2011 e decreto commissariale n. 128 del 10/10/2012 che modifica ed integra il 4/2011	Decreto 4/2011: "Determinazione tariffe prestazioni reisdenziali per l'assistenza al malato terminale Rif. Punto 16 del. 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"

Decreto del Commissario ad Acta n. 5 del 10/1/2011	Criteria – modalità e tariffe per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie e sociali a carattere residenziale in favore dei cittadini adulti con disagio psichico
D.G.R.C. 666 del 06/12/2011	Linee guida dei servizi per la salute dei cittadini sofferenti psichici .Criteria – modalità e tariffe per l'erogazione di prestazioni sociosanitarie e sociali a carattere residenziale in favore dei cittadini adulti con disagio psichico
D.G.R.C. n. 41 del 14/02/2011	Linee di indirizzo, profili e standard in materia di servizi domiciliari: il sistema dei servizi domiciliari in Campania". Con Allegato
Decreto del Commissario ad Acta n. 65 del 26/09/2011	"Programma Operativo 2011 – 2012. Istituzione del Nucleo di Coordinamento" articola gli obiettivi definiti dal Programma Operativo per il biennio 2011 – 2012
Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro n. 77 del 11/11/2011 e n. 81 del 20/12/2011	Chiarimenti ed integrazioni relativi alle procedure per l'applicazione della compartecipazione alla spesa delle prestazioni sociosanitarie - Decreto Commissariale n. 6 del 4 febbraio 2010 "Determinazione delle tariffe per prestazioni erogate da Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Centri Diurni ai sensi della legge regionale n. 8/2003".
Decreto del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro n. 81 del 20/12/2011	Modifiche ed integrazioni al decreto 77/2011
D.G.R.C. 50 del 28/02/2012	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
Decreto del Commissario ad Acta n. 41 del 05/04/2012	Recepimento delle Linee guida dei servizi per la salute dei cittadini sofferenti psichici
Decreto del commissario ad Acta n. 53 del 09/05/2012	Approvazione Programmi Operativi 2011/2012: Adeguamento per l'anno 2012.
D.G.R.C. n.320 del 03/07/2012	Modifica degli Ambiti Territoriali sociali e dei Distretti Sanitari -provvedimenti a seguito della deliberazione di Giunta Regionale n.40 del 14/02/2011
D.G.R.C. n.323 del 03/07/2012	"Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte ed anziane-S.VA.M.A. campania. modifiche ed integrazioni della d.g.r.c. 1811/2007"
D.G.R.C. n.324 del 03/07/2012	"Adozione della scheda di valutazione multidimensionale per le persone adulte disabili - S.VA.M.DI. campania."
Decreto del commissario ad Acta n.77 del 09/07/2012	Recepimento DGRC n. 320 del 03/07/2012 concernente Modifica degli Ambiti Territoriali sociali e dei Distretti Sanitari -provvedimenti a seguito della deliberazione di Giunta Regionale n.40 del 14/02/2011

Allegato F

Bibliografia

- Ancona A., Sette buone ragioni per investire sui P.U.A., in *Quaderni di monitor*, 2° supplemento al n. 21/2008
- Bellentani M., Guglielmi E., *Approfondimenti e prospettive del Punto unitario d'accesso*, in *Individuazione ed implementazione di un sistema d'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità*, n..59/ 2011
- Bellentani M.D., Inglese S.A., Banchemo A., Punto Unico di accesso: I risultati della ricerca, in *Quaderni di monitor*, 2° supplemento al n. 21/2008
- Bissolo G., Il sistema dell'integrazione sociosanitaria in Italia, in (a cura di) Bissolo G., Fazzi L., *Costruire l'integrazione sociosanitaria*, Roma, Carocci faber, 2005, pp. 37-46, p. 41
- Dente F, Massaro A. S., a cura di, *Il segretariato sociale, l'accoglienza, l'informazione nella pubblica amministrazione*, Clueb 2006
- Devastato G., Le funzioni del welfare d'accesso, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 18/2008
- Fabbri E., Scheggi M., Federsanità-Anci Toscana, Analisi di percorsi di presa in carico integrata nei P.U.A., *Quaderni di monitor*, 2° supplemento al n. 21/2008
- Faccioli F., *Comunicazione pubblica e cultura del servizio*, Carocci editore, 2006
- Femiano M., Russo F., Molinaro G., Letico G., Sorrentino A., Acciarino C., Natale A., L'esperienza dell'attivazione del Punto unitario d'accesso in un'Azienda sanitaria locale della Campania, in *Individuazione ed implementazione di un sistema d'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità*, n..59/ 2011
- Frau G., Il Punto Unico di Accesso come modello organizzativo per la presa in carico delle persone nella rete dei servizi, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 18/2008
- Lombardi A., Gli uffici della cittadinanza in Umbria, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 18/2008
- Nocentini P., L'impianto strategico del Progetto di ricerca e i suoi esiti più significativi nei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità, in *Individuazione ed implementazione di un sistema d'accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona con disabilità*, n..59/ 2011
- Pesaresi F., La porta sociale: le tendenze in Italia, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 18/2008
- Pignatto A., Regazzo C., 2002, "Organizzazione e qualità nei servizi sociosanitari",
- Ruti P., Sarzani P., L'Ufficio di promozione sociale nel Comune di Ancona, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 18/2008
- Vecchiato T., Mazzini E.L.L., a cura di, *L'integrazione sociosanitaria: risultati di sperimentazione e condizioni di efficacia*, Fondazione Emanuela Zancan, 2008
- *Progetto Azioni di Sistema e Assistenza tecnica per il conseguimento dei target relativi ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata per la popolazione anziana*, Seminario Modelli Organizzativi e funzionamento dei Punti Unici di Accesso Roma, 4-5-marzo 2010, Resoconti dei gruppi di lavoro
- Vardanega Agnese, 2010 "Costruire indicatori per la valutazione. Costruzionismo e principio di realtà", in Claudio Bezzi, Leonardo Cannavò e Mauro Palumbo (a cura di), *Costruire e usare indicatori nella ricerca sociale e nella valutazione*, Franco Angeli, pp. 58-79.
- Vecchi Giancarlo, 2006, "Il monitoraggio e la valutazione intermedia di programmi complessi: una sfida metodologica e professionale", *Rassegna Italiana di Valutazione*, a. X, n. 34, pp. 21-26.- Susanna Conti, *Gli Indicatori per il monitoraggio dell'Assistenza: i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), Direttiva dell'Ufficio di Statistica dell'Istituto Superiore della Sanità*

Sitografia

- http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/RGS-comuni/Note-per-I/2003/Monitoraggio-2000-2006.doc_cvt.asp
- <http://www.politichecomunitarie.it>
Guida per il Monitoraggio, relativo alla direttiva "servizi".
- <http://www.esteri.it>
Manuale operativo di Monitoraggio e Valutazione delle Iniziative di Cooperazione allo Sviluppo, Ministero degli Affari Esteri, aprile 2002.
- <http://www.valutazione.it>, sito sulla Valutazione a cura di Claudio Bezzi.
- <http://www.valutazioneitaliana.it>, sito sull'Associazione Italiana di Valutazione.
- <http://www.ministerosalute.it>.
- <http://www.regione.campania.it>
- <http://www.arsancampania.it>
Laboratorio 1 "Come definire e utilizzare gli standard di qualità"
Laboratorio 3 "Come coinvolgere il personale sulla Carta dei Servizi"
Laboratorio 4 "Il sistema di gestione dei reclami: riferimenti metodologici ed esperienze"
- <http://www.agenas.it>, sito dell'Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari Regionali.
- <http://www.cantieripa.it>
- <http://www.saperi.forumpa.it>, SaperiPA, *La conoscenza che fa la differenza*

- <http://www.formez.it>, sito del Centro Servizi, assistenza, studi e formazione per l'ammodernamento delle PA
- <http://pss.irsonline.it>, *Prospettive Sociali e Sanitarie, Rivista n. 2, anno XLII febbraio 2012, file PDF.*
- <http://www.irsonline.it>, sito dell'Istituto per la Ricerca Sociale.
- <http://www.fondazionezancan.it>, sito della Fondazione Emanuela Zancan Onlus, Centro studi e ricerca sociale.