

LEGGE REGIONALE N. 2 DEL 11 FEBBRAIO 2011

”MISURE DI PREVENZIONE E DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE”.

IL CONSIGLIO REGIONALE

Ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

La seguente legge:

Art.1 (Principi)

1. La Regione Campania riconosce ogni forma o grado di violenza di genere come violazione dei diritti umani fondamentali.
2. Ai fini della presente legge, per violenza di genere si intende ogni atto di violenza commesso in ambito familiare, extrafamiliare o sui luoghi di lavoro, in ragione dell'appartenenza di genere o dell'orientamento sessuale, che abbia o possa avere come risultato un danno o una sofferenza fisica, sessuale o psicologica per le vittime, comunitarie e non, incluse le minacce di tali atti, la persecuzione, la coercizione o la privazione arbitraria della libertà, indipendentemente dall'orientamento politico, religioso o sessuale delle stesse vittime.

Art. 2 (Finalità)

1. La Regione Campania, preso atto della rilevanza sociale del fenomeno della violenza di genere e nel rispetto della normativa comunitaria, nazionale e regionale, in particolare della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e della legge regionale 23 ottobre 2007, n.11 (Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n.328), del piano sanitario nazionale, del piano ospedaliero regionale e del progetto materno-infantile, interviene in materia di politiche socio-sanitarie allo scopo di:

- a) attuare interventi di prevenzione attraverso la sensibilizzazione dell'opinione pubblica;
- b) assicurare la tutela ed il sostegno alle donne ed a tutte le persone vittime di violenza di genere, dell'omofobia e del bullismo;
- c) favorire il recupero psicologico-sociale nonché l'orientamento e l'accompagnamento all'inserimento e al reinserimento lavorativo delle donne e dei soggetti vittime di violenza;
- d) promuovere la formazione specifica degli operatori coinvolti nel favorire processi di raggiungimento delle finalità di cui al presente comma;
- e) monitorare il fenomeno attraverso il sistema informativo sociale previsto dall'articolo 25 della legge regionale n. 11/2007;
- f) sostenere le donne maltrattate e i soggetti vittime di violenza anche nella richiesta del risarcimento all'autorità o allo Stato come soggetto vicariante, di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 204 (Attuazione della direttiva 2004/80/CE relativa all'indennizzo delle vittime di reato).

2. Per la realizzazione delle finalità previste dal comma 1, la Regione, nell'ambito del sistema integrato di servizi sociali di cui alla legge regionale n.11/2007, programma, indirizza e coordina gli interventi, in collaborazione con gli ambiti territoriali così come definiti dall'articolo 19 della legge regionale n.11/2007, le province, le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, la procura della Repubblica, le forze dell'ordine, l'amministrazione penitenziaria, le istituzioni scolastiche e i soggetti del terzo settore, come definiti dalla legge regionale n.11/2007, aventi tra gli scopi essenziali la lotta alla violenza di genere nonché le associazioni e gli organismi di parità.

3. A tal fine, la Regione definisce procedure condivise tra i soggetti previsti dal comma 2, attraverso intese e programmi interistituzionali, e sostiene l'attuazione dei programmi antiviolenza presentati da tali soggetti.

Art. 3 (Centri antiviolenza e case di accoglienza per le donne maltrattate)

1. La Regione istituisce i centri antiviolenza e le case di accoglienza per le donne maltrattate, ai sensi della lettera g), comma 1 e della lettera e), comma 2, dell'articolo 5 della legge regionale n. 11/2007, che agiscono senza scopi di lucro e in autonomia nelle metodologie, nella gestione e nelle modalità di rapporto con le istituzioni pubbliche e private.

2. I centri antiviolenza, istituiti in ciascun ambito territoriale, sono strutture finalizzate a ricevere le donne e le altre persone maltrattate, ad offrire loro aiuto e protezione e a predisporre percorsi di uscita dalla violenza. Essi svolgono le seguenti attività:

- a) accoglienza telefonica;
- b) accoglienza personale;

- c) consulenza psicologica, anche attraverso la predisposizione di gruppi di sostegno;
- d) assistenza e consulenza legale;
- e) orientamento e accompagnamento al lavoro;
- f) formazione e aggiornamento al personale interno e a soggetti esterni;
- g) iniziative culturali di prevenzione, pubblicizzazione, sensibilizzazione e denuncia del problema della violenza contro le donne e dell'omofobia;
- h) coordinamento dei servizi presenti sul territorio e collegamento con la rete regionale antiviolenza;
- i) raccolta, analisi ed elaborazione dei dati emersi dai colloqui e dalle denunce presentate;
- l) diffusione dei dati raccolti nel rispetto del diritto all'anonimato dei soggetti utenti.

3. Le case di accoglienza per le donne maltrattate, istituite in aree comprendenti più ambiti territoriali, sono strutture, anche ad indirizzo segreto, finalizzate ad offrire ospitalità alle donne, sole o con minori, esposte alla minaccia di violenza fisica, psichica, sessuale o che l'abbiano subita. Esse svolgono le seguenti attività:

- a) accoglienza ed ospitalità;
- b) assistenza e consulenza legale;
- c) consulenza psicologica;
- d) gruppi di auto-aiuto;
- e) orientamento e accompagnamento nel percorso di inserimento e reinserimento lavorativo.

4. I centri antiviolenza e le case di accoglienza per le donne maltrattate garantiscono l'anonimato e la segretezza all'utenza ed offrono gratuitamente consulenza e prima accoglienza. La permanenza nelle strutture di ospitalità è gratuita per le donne in disagiate condizioni economiche e per i figli. Negli altri casi è richiesto un rimborso delle spese, relazionato al reddito.

5. La Regione valorizza le pratiche di accoglienza basate sulle relazioni fra donne e attribuisce ai soggetti del terzo settore indicati al comma 2, dell'articolo 2 della presente legge, in possesso di comprovata esperienza in materia, un ruolo preferenziale per la realizzazione delle finalità previste dal presente articolo. A tale scopo prevede che a contatto con le vittime operino donne con formazione ed esperienza specifica nel campo della violenza di genere.

6. Per la costituzione e la gestione delle strutture e dei servizi previsti dal presente articolo si rinvia alla disciplina regionale di riferimento.

Art. 4 (Formazione)

1. La Regione promuove l'organizzazione di corsi di formazione rivolti agli operatori degli ambiti territoriali, agli operatori sociali, sanitari, scolastici e delle forze dell'ordine, in modo da assicurare la preparazione specifica per gestire in maniera adeguata il rapporto con la vittima di violenza, dal primo contatto, all'informazione e all'assistenza in ogni fase del percorso di recupero.

2. La Regione promuove la formazione e l'aggiornamento degli operatori sociali, sanitari e delle forze dell'ordine che si trovano a contatto con i soggetti maltrattanti e favorisce la creazione di équipes specializzate composte da personale interno alla struttura penitenziaria quali agenti di polizia penitenziaria, educatori, psichiatri e personale esterno.
3. L'organizzazione e la gestione dei corsi di formazione previsti dai commi 1 e 2, in attuazione dell'articolo 9 della legge regionale n.11/2007, sono di competenza delle province.

Art.5

(Comunicazione e sensibilizzazione)

1. La Regione promuove campagne di sensibilizzazione ed informazione rivolte al vasto pubblico e, in particolare, alle giovani generazioni mediante incontri, dibattiti, convegni, comunicazioni pubblicitarie finalizzati a sviluppare una cultura fondata sul rispetto delle differenze sessuali e di genere, sulla costruttiva gestione dei conflitti e sulle pari opportunità per tutte e per tutti.
2. Nell'ambito delle iniziative previste dal comma 1, la Regione riserva peculiare attenzione alla lotta al bullismo, al sessismo e all'omofobia.

Art. 6

(Clausola valutativa)

1. A partire dal secondo anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale, sulla base delle relazioni trasmesse annualmente dagli ambiti territoriali previsti dalla legge regionale n.11/2007, riferisce al Consiglio regionale sull'attuazione della legge e sui risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente in relazione agli obiettivi previsti nel comma 1, dell'articolo 2.
2. A tal fine, la Giunta regionale trasmette la documentazione relativa all'attività di monitoraggio e di analisi svolta, integrandola con una relazione contenente le seguenti informazioni:
 - a) linee-guida e di indirizzo contro la violenza di genere adottate;
 - b) intese e programmi di intervento promossi ed adottati;
 - c) azioni intraprese per la costituzione e l'implementazione della rete antiviolenza;
 - d) elenco e descrizione dei progetti presentati e attivati;
 - e) attivazione dei centri di assistenza e delle case di accoglienza per le donne maltrattate;
 - f) interventi promossi nell'ambito dell'inserimento o reinserimento lavorativo e della formazione.

Art. 7

(Finanziamento)

1. Agli oneri derivanti dall'attuazione della presente legge si fa fronte, per l'anno 2011, con risorse iscritte nell'unità previsionale di base 4.16.41 cap. 7834, e segnatamente quelle già appostate ai sensi della legge regionale 23 febbraio 2005, n.11 (Istituzione di centri e case di accoglienza ed assistenza per le donne maltrattate).

2. I finanziamenti concessi ai sensi della presente legge sono cumulabili con altre risorse previste dalla normativa comunitaria, statale e regionale, secondo le procedure e le modalità stabilite dalla normativa medesima.

3. Per gli anni successivi si provvede al finanziamento con legge di bilancio.

Art. 8
(Abrogazioni)

1. Dalla data di entrata in vigore della presente legge è abrogata la legge regionale n. 11/2005.

2. Le risorse presenti nel fondo previste dall'articolo 4 della legge regionale n.11/2005, confluiscono nell'unità previsionale di base di cui al comma 1 dell'articolo 7 della presente legge.

Art. 9
(Dichiarazione d'urgenza)

1. La presente legge è dichiarata urgente ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

E' fatto obbligo a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Campania.

Caldoro

Note

Avvertenza: il testo della legge viene pubblicato con le note redatte dal Settore Legislativo, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n. 15 del 20 novembre 2009 - “Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale”).

Nota all'art. 2

Comma 1.

Legge 8 novembre 2000, n. 328: “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.

Legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11: “Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della legge 8 novembre 2000, n. 328”.

Comma 1, lettere e).

Legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 già citata nella nota al comma precedente.

Art. 25: “Sistema informativo sociale”.

“1. La Regione istituisce e coordina, di intesa con le province, il sistema informativo sociale per i servizi sociali, avvalendosi della collaborazione dei comuni.

2. La Giunta regionale definisce le linee di indirizzo e i modelli organizzativi del sistema di cui al comma 1 e individua procedure e schemi di rilevazione omogenei, atti a garantire una compiuta analisi dei bisogni sociali per la formulazione del sistema di offerta e a fornire informazioni adeguate e tempestive sulla spesa, programmazione, gestione e valutazione delle politiche e dei servizi sociali presenti sul territorio.

3. Il sistema mira a utilizzare correttamente le risorse e coordinare le attività con le altre politiche del territorio in raccordo con quello socio-sanitario e con ogni altro sistema informativo attivato.

4. Il sistema favorisce, altresì, la rilevazione e l'elaborazione dei dati relativi alle aree di intervento individuate dall'articolo 27, comma 3, in un'ottica di genere.

5. I comuni associati hanno l'obbligo di raccogliere i dati relativi al sistema di offerta dei servizi territoriali ed ai bisogni rilevati del territorio e di trasmetterli, con cadenza semestrale, alle province e al sistema informativo sociale.

6. Le province coordinano, su scala provinciale, la rilevazione e la elaborazione dei dati trasmessi dai comuni e, unitamente ad una propria relazione, li trasmettono con cadenza annuale alla Giunta regionale, che redige un rapporto sullo stato delle politiche sociali”.

Comma 1, lettere f).

Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 204: “Attuazione della direttiva 2004/80/CE relativa all'indennizzo delle vittime di reato”.

Art. 2: “Autorità di decisione”.

“1. Nei procedimenti per l'erogazione delle elargizioni a carico dello Stato previste dalle leggi speciali a favore della vittima di reato commesso nel territorio dello Stato, o a favore dei suoi superstiti, quando il richiedente è stabilmente residente in un altro Stato membro dell'Unione europea, la domanda dell'elargizione può essere presentata tramite l'autorità di assistenza dello Stato membro dell'Unione europea dove il richiedente è stabilmente residente.

2. In tale caso, l'autorità specificamente indicata dalla legge speciale, cui compete la decisione sull'elargizione, comunica senza ritardo all'autorità di assistenza dello Stato membro dell'Unione europea dove il richiedente è stabilmente residente e al richiedente stesso l'avvenuta ricezione della domanda, il nome del funzionario o l'indicazione dell'organo che procede all'istruzione della pratica e, se possibile, il tempo previsto per la decisione sulla domanda.

3. Qualora l'autorità di decisione deliberi di procedere all'audizione del richiedente o di qualsiasi altra persona, essa può richiedere la collaborazione dell'autorità di assistenza dello Stato membro dell'Unione europea dove il richiedente è stabilmente residente. A tale fine, l'autorità di decisione può chiedere all'autorità di assistenza di predisporre quanto necessario per procedere direttamente all'audizione, anche attraverso il sistema della videoconferenza. L'autorità di decisione può chiedere all'autorità di assistenza di procedere essa stessa all'audizione e di trasmettere il relativo verbale.

4. L'autorità di decisione comunica senza ritardo al richiedente e all'autorità di assistenza la decisione sulla domanda di indennizzo”.

Comma 2.

Legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 già citata nella nota al comma 1, dell'articolo 2.

Art. 19: “Gli ambiti territoriali”.

“1. La Regione Campania definisce quali ambiti territoriali le ripartizioni del territorio regionale coincidenti con i distretti sanitari o loro multipli purché rientranti nella medesima ASL, e li determina, previa concertazione con gli enti locali, con provvedimento della Giunta regionale.

2. Eventuali modifiche degli ambiti richieste dagli enti locali sono approvate dalla Giunta in considerazione di mutamenti negli assetti istituzionali, eventi straordinari o esigenze sopravvenute, nel rispetto della similarità geografica ed antropica dei territori.

3. Ogni variazione dei distretti sanitari che comporta la rideterminazione degli ambiti territoriali è assunta, previa acquisizione del parere congiunto degli assessorati alle politiche sociali, agli enti locali e alla sanità”.

Nota all'art. 3

Comma 1.

Legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 già citata nella nota al comma 1, dell'articolo 2.

Art. 5: “Livelli essenziali delle prestazioni sociali”.

Comma 1, lettera g): “1. La Regione riconosce quali diritti individuali le prestazioni sociali relative ai livelli essenziali di assistenza così come definiti dalla legislazione statale vigente. A tal fine assicura in ogni ambito territoriale l'attivazione delle seguenti tipologie di servizi:

g) centri di accoglienza residenziali e diurni a carattere comunitario, centri di assistenza e case di accoglienza per le donne maltrattate”.

Comma 2, lettera e): “2. Con le modalità specificate nel titolo IV, la Regione garantisce, altresì, per le aree delle responsabilità familiari, delle donne in difficoltà, dei diritti dei minori, della maternità, delle persone anziane, del contrasto alla povertà, delle persone con disabilità, delle dipendenze, dei detenuti e internati, dell'immigrazione, della salute mentale i seguenti interventi e misure:

e) misure di sostegno alle donne e alle madri in difficoltà ed interventi di assistenza per le donne che subiscono maltrattamenti e violenze in ambito familiare ed extrafamiliare;”.

Nota all'art. 4

Comma 3.

Legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 già citata nella nota al comma 1, dell'articolo 2.

Art. 9: “Le province”.

“1. Le province concorrono alla definizione del piano sociale regionale e dei piani di zona d'ambito. Provvedono alla loro attuazione anche attraverso:

- a) la realizzazione del sistema informativo sociale nelle forme statuite dall'articolo 25;
- b) la collaborazione al sistema di monitoraggio dei piani di zona, nelle forme previste dall'articolo 46;
- c) la promozione ed attuazione, d'intesa con i comuni, di percorsi formativi e di aggiornamento per gli operatori sociali del sistema integrato;
- d) l'istituzione di osservatori provinciali;
- e) la promozione e realizzazione di analisi di approfondimento, su specifici fenomeni sociali a rilevanza provinciale, in particolare sul disagio giovanile;
- f) l'elaborazione, di intesa con la Regione, dei piani per la formazione e l'aggiornamento professionale del personale degli enti locali e delle istituzioni pubbliche impegnato nella realizzazione del sistema integrato”.

Nota all'art. 6

Comma 1.

Legge regionale 23 ottobre 2007, n. 11 già citata nella nota al comma 1, dell'articolo 2.

Nota all'art. 7

Comma 1.

Legge regionale 23 febbraio 2005, n. 11: “Istituzione di centri e case di accoglienza ed assistenza per le donne maltrattate”.

Nota all'art. 8

Comma 1.

Legge regionale 23 febbraio 2005, n. 11 già citata nella nota al comma 1, dell'articolo 7.

Comma 2.

Legge regionale 23 febbraio 2005, n. 11 già citata nella nota al comma 1, dell'articolo 7.

Art. 4: “Fondo regionale di cofinanziamento”.

“1. Ai fini dell'attuazione della presente legge è istituito nello stato di previsione della spesa della Regione un fondo nella unità previsionale di base del bilancio destinato al cofinanziamento degli interventi di cui agli articoli 2 e 3.

2. Al fondo confluiscono i finanziamenti ed i conferimenti dei beni e delle strutture assegnati dalle disposizioni normative statali.
3. A favore degli enti locali e dei loro consorzi che stipulano le convenzioni disciplinate ai sensi dell'articolo 3 è riservata a titolo di cofinanziamento della Regione una quota pari al venti per cento delle disponibilità annuali del fondo. I presidenti delle province ed i sindaci capofila, destinatari dei cofinanziamenti, iscrivono nei bilanci con distinte specificazioni lo stanziamento di spesa per il finanziamento delle convenzioni derivanti dal trasferimento e quello di cofinanziamento provinciale e comunale.
4. A favore delle associazioni e degli enti di cui agli articoli 2 e 3 che stipulano le convenzioni è riservata, a titolo di cofinanziamento della Regione, una quota pari al dieci per cento delle disponibilità annuali del fondo”.

LEGGE REGIONALE N. 3 DEL 11 FEBBRAIO 2011

**”INTEGRAZIONE ALL’ARTICOLO 1 DELLA LEGGE REGIONALE 24
NOVEMBRE 2001, N. 14 (TUTELA IGIENICO SANITARIA DELLA
POPOLAZIONE DALLA ESPOSIZIONE A RADIAZIONI NON
IONIZZANTI GENERATE DA IMPIANTI PER
TELERADIOCOMUNICAZIONI”.**

IL CONSIGLIO REGIONALE

Ha approvato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROMULGA

La seguente legge:

Art. 1

1. Dopo il comma 2 dell’articolo 1 della legge regionale 24 novembre 2001, n. 14 (Tutela igienico sanitaria della popolazione dalla esposizione a radiazioni non ionizzanti generate da impianti per teleradiocomunicazioni), è aggiunto il seguente:

“3. Le disposizioni della presente legge non si applicano alle stazioni di radioamatore di cui al decreto legislativo 1 agosto 2003, n. 259 (Codice delle comunicazioni elettroniche), se operanti nel rispetto dei limiti di potenza previsti dal Codice in vigore. I titolari delle stazioni di radioamatore comunicano all’Agenzia regionale per la protezione ambientale della Campania il luogo, l’indirizzo di esercizio della stazione e la potenza trasmissiva massima per ciascuna banda di frequenza utilizzata”.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

E’ fatto obbligo a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Campania.

Caldoro

Si pubblica di seguito il testo dell'articolo 1 della legge regionale 24 novembre 2001, n. 14 (“Tutela igienico sanitaria della popolazione dalla esposizione a radiazioni non ionizzanti generate da impianti per teleradiocomunicazioni”), così come risulta modificato dalla legge regionale sopra riportata.

La pubblicazione del presente testo coordinato ha valore meramente notiziale e non incide sul valore legale degli atti pubblicati ed è stato redatto dal Settore Legislativo, ai sensi dell'art. 8 del “Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale” (D.P.G.R. n. 15/2009), al solo fine di facilitarne la lettura .

Le modifiche apportate sono evidenziate con caratteri corsivi.

Testo coordinato dell'articolo 1 della legge regionale 24 novembre 2001, n. 14 (Tutela igienico sanitaria della popolazione dalla esposizione a radiazioni non ionizzanti generate da impianti per teleradiocomunicazioni).

Art. 1

Finalità e campo di applicazione.

1. La Regione Campania, al fine di tutelare la popolazione dai possibili rischi sanitari, derivanti dall'uso di apparati in grado di generare radiazioni elettromagnetiche non ionizzanti con la presente legge disciplina l'installazione e la modifica degli impianti per telecomunicazioni, nel rispetto della normativa statale in materia.
2. Sono disciplinate dalla presente legge tutte le sorgenti che generano radiazioni non ionizzanti, utilizzate in impianti fissi delle telecomunicazioni e radiotelevisivi con frequenza compresa tra 100 KHZ e 300 GHZ e con potenze efficaci massime al connettore di antenna superiore a 7 watt.
3. *Le disposizioni della presente legge non si applicano alle stazioni di radioamatore di cui al decreto legislativo 1 agosto 2003, n. 259 (Codice delle comunicazioni elettroniche), se operanti nel rispetto dei limiti di potenza previsti dal Codice in vigore. I titolari delle stazioni di radioamatore comunicano all'Agenzia regionale per la protezione ambientale della Campania il luogo, l'indirizzo di esercizio della stazione e la potenza trasmissiva massima per ciascuna banda di frequenza utilizzata.*

Note

Avvertenza: il testo della legge viene pubblicato con le note redatte dal Settore Legislativo, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n. 15 del 20 novembre 2009 - “Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale”).

Nota all’art. 1

Comma 1.

Legge regionale 24 novembre 2001, n. 14: “Tutela igienico sanitaria della popolazione dalla esposizione a radiazioni non ionizzanti generate da impianti per teleradiocomunicazioni”.

Art. 1: “Finalità e campo di applicazione”.

Comma 2: “2. Sono disciplinate dalla presente legge tutte le sorgenti che generano radiazioni non ionizzanti, utilizzate in impianti fissi delle telecomunicazioni e radiotelevisivi con frequenza compresa tra 100 KHZ e 300 GHZ e con potenze efficaci massime al connettore di antenna superiore a 7 watt”.

REGOLAMENTO del 11/02/2011, n. 1

Modifica ed integrazione del “Nuovo regolamento per la gestione degli Ambiti Territoriali di caccia (A.T.C.) emanato con D.P.G.R. n 626/2003”.

LA GIUNTA REGIONALE
ha deliberato

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

visto l'articolo 121, 4° comma della Costituzione;
visto lo Statuto della Regione Campania approvato con Legge Regionale 28 maggio 2009, n.6;
visto in particolare l'articolo 56 dello Statuto, che disciplina la potestà regolamentare;
vista la Delibera della Giunta Regionale n. 820 del 26/11/2010;
visto che il Consiglio Regionale ha approvato il Regolamento nella seduta del 26 gennaio 2011

EMANA

il seguente Regolamento :

Art. 1
(Modifiche all'articolo 9)

1. All'articolo 9 del Regolamento approvato con D.P.G.R. n. 626 del 22 settembre 2003 convalidato dal Regolamento del Consiglio Regionale n. 3 del 25 marzo 2005, recante Nuovo regolamento per la gestione degli Ambiti Territoriali di caccia (A. T. C.) sono apportate le seguenti modifiche ed integrazioni:
al comma 5 la lettera f) è sostituita come segue:

“f) in base all'anzianità anagrafica del cacciatore che richiede l'iscrizione”

al comma 7 la lettera g) è sostituita come segue:

“g) in base all'anzianità anagrafica del cacciatore che richiede l'iscrizione”

dopo il comma 16 è inserito il seguente comma:

“17. In ogni A. T. C. è riservata una percentuale dello 0,5% della disponibilità complessiva per iscrizioni giornaliere; la quota di partecipazione economica per l'ammissione è stabilita in misura non inferiore al 30% di quella individuata ai sensi dell'art. 38, comma 1, lettera d) della L. R. 10 aprile 1996 n. 8”.

Art. 2
(Dichiarazione d'urgenza)

1. Il presente Regolamento è dichiarato urgente ed entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e farlo osservare come Regolamento della Regione Campania.

Caldoro

Note

Avvertenza: il testo del regolamento viene pubblicato con le note redatte dal Settore Legislativo, al solo scopo di facilitarne la lettura (D.P.G.R.C. n. 15 del 20 novembre 2009 - "Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale").

Nota all'art. 1

Comma 1.

Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Campania 22 settembre 2003, n. 626: "Nuovo regolamento per la gestione degli Ambiti territoriali di caccia (A.T.C.) (legge regionale 10 aprile 1996, n. 8)".

Art. 9: "Procedure per l'ammissione negli A.T.C.".

"1. Coloro che intendono iscriversi ad un A.T.C. della Campania devono farne richiesta ad una sola provincia entro il 30 novembre dell'anno precedente l'annata venatoria cui si riferisce indicando gli A.T.C. della Campania in ordine di preferenza.

2. La Provincia trasmette all'A.T.C. o agli A.T.C. di propria competenza le domande nel numero precedentemente determinato ai sensi dell'art. 38, comma 1, lettera c). Le istanze in soprannumero saranno invece trasmesse all'A.T.C. competente, secondo l'ordine di preferenza indicata dal cacciatore, dandone notizia all'interessato.

3. I termini di presentazione delle domande non si applicano per chi consegue o rinnova la licenza successivamente a tali date.

4. Entro il 31 marzo di ciascun anno, concluso l'iter delle iscrizioni come residenza venatoria, ciascun A.T.C., comunica all'interessato l'ammissione.

5. L'ammissione dei cacciatori, nel numero consentito, terrà conto dei seguenti criteri di priorità:

- a) cacciatori residenti nell'area dell'A.T.C.;
- b) cacciatori proprietari o conduttori di fondi ricadenti nell'area dell'A.T.C.;
- c) cacciatori residenti in provincia di Napoli nati nell'area dell'A.T.C.;
- d) cacciatori residenti in provincia di Napoli;
- e) cacciatori residenti nelle altre province della Campania;
- f) in base alla data e l'ora di presentazione dell'istanza.

6. L'istanza per l'ammissione in altri A.T.C. senza residenza venatoria vanno prodotte al Comitato di Gestione (CO.GE.) dell'A.T.C. prescelto distintamente da quelle presentate per la residenza venatoria e saranno esaminate dai Comitati di Gestione degli A.T.C. dopo l'assegnazione delle residenze venatorie e se si determina capienza nell'ambito dell'indice di densità determinato in precedenza per ciascun Ambito.

7. Per la concessione del secondo ambito, nel numero massimo consentito dal rispetto dell'indice di densità venatoria, si terrà conto dei seguenti criteri di priorità:

- a) - cacciatori con residenza anagrafica nell'area dell'A.T.C. e residenza venatoria in A.T.C. confinante;
- b) - cacciatori proprietari o conduttori di fondi ricadenti nell'area dell'A.T.C.;
- c) - cacciatori nati nell'area dell'A.T.C. e residenti in A.T.C. confinanti;
- d) - cacciatori nati nell'area dell'A.T.C. e residenti in provincia di Napoli;
- e) - cacciatori residenti in provincia di Napoli;
- f) - cacciatori residenti nelle altre province della Campania;
- g) - base alla data di presentazione della domanda.

8. L'istanza per l'ammissione in A.T.C. come residenza venatoria va formulata alla Amministrazione Provinciale sul modello unico per tutti gli A.T.C. (allegato 1) mentre quella per il secondo Ambito (art. 14, comma 5, L. 157/92 e art.36, comma 2, L.R.8/96) va prodotta al CO.GE. dell'A.T.C. prescelto secondo il modello unico predisposto (allegato 2).

9. Entro il 31 maggio ogni A.T.C. comunica agli interessati le ammissioni non ascrivibili alla residenza venatoria dandone notizia anche ai rispettivi A.T.C. di residenza venatoria.

10. Le istanze difformi sono considerate non valide ed annullate d'ufficio senza obbligo di dame comunicazione all'interessato.

11. Il mancato accoglimento della domanda, escluso il caso di cui al comma precedente, deve essere motivato e comunicato all'interessato che, entro quindici giorni, può fare ricorso alla Provincia competente se ravvisa violazione dei criteri di ammissione previsti dal presente regolamento.

12. La Provincia deve dare risposta entro sessanta giorni a decorrere dalla data di conclusione dell'iter delle istanze per l'assegnazione della residenza venatoria e ciò al fine di salvaguardare il rispetto dell'indice di densità venatoria.

13. Gli elenchi definitivi dei cacciatori ammessi negli A.T.C., redatti in ordine alfabetico e distinti a seconda che siano a titolo di residenza venatoria o come secondo A.T.C., sono trasmessi a tutti i comitati di gestione ed alla Regione Campania entro il 30 giugno di ogni anno.

14. Per i cacciatori la cui residenza venatoria coincide con la residenza anagrafica, negli anni successivi alla prima iscrizione, con l'acquisizione perciò della residenza venatoria, la richiesta di ammissione si intende reiterata se l'interessato versa la quota di ammissione e ne informa la provincia entro il mese di gennaio.

15. In, ogni A.T.C. va riservata una quota del 5% della disponibilità complessiva a cacciatori non residenti in Campania.

16. I posti non attribuiti per tale riserva vanno assegnati a richiedenti altrimenti esclusi”.

Regolamento regionale 25 marzo 2005, n. 3: “Adeguamento dell'ordinamento regionale agli effetti della sentenza della Corte costituzionale del 21 ottobre 2003, n. 313 - Convalida dei regolamenti regionali”.

Comma 1, lettera c).

Legge regionale 10 aprile 1996, n. 8: “Norme per la protezione della fauna selvatica e disciplina dell'attività venatoria in Campania”.

Art. 38: “Funzione delle Province nella gestione degli A.T.C.”.

*Comma 1, lettera d): “1. Ai fini del coordinamento della gestione programmata della caccia, le Province:
d) fissano le quote di partecipazione economica da parte dei cacciatori a favore dei Comitati di gestione in misura base non superiore all'importo della tassa di concessione regionale in vigore per fucile a due colpi ridotta del quaranta per cento per i cacciatori residenti in Campania”.*

Si pubblica di seguito il testo dell'articolo 9 del regolamento regionale "Nuovo regolamento per la gestione degli Ambiti Territoriali di caccia (A.T.C.)", così come risulta modificato dal regolamento regionale sopra riportato.

La pubblicazione del presente testo coordinato ha valore meramente notiziale e non incide sul valore legale degli atti pubblicati ed è stato redatto dal Settore Legislativo, ai sensi dell'art. 8 del "Regolamento di disciplina del Bollettino ufficiale della regione Campania in forma digitale" (D.P.G.R. n. 15/2009), al solo fine di facilitarne la lettura .

Le modifiche apportate sono evidenziate con caratteri corsivi.

Testo coordinato dell'articolo 9 del regolamento regionale "Nuovo regolamento per la gestione degli Ambiti Territoriali di caccia (A.T.C.)".

**Art. 9
(Procedure per l'ammissione negli A.T.C.)**

1. Coloro che intendono iscriversi ad un A.T.C. della Campania devono farne richiesta ad una sola provincia entro il 30 novembre dell'anno precedente l'annata venatoria cui si riferisce indicando gli A.T.C.

della Campania in ordine di preferenza.

2. La Provincia trasmette all'A.T.C. o agli A.T.C. di propria competenza le domande nel numero precedentemente determinato ai sensi dell'art. 38, comma 1, lettera c). Le istanze in soprannumero saranno invece trasmesse all'A.T.C. competente, secondo l'ordine di preferenza indicata dal cacciatore, dandone notizia all'interessato.

3. I termini di presentazione delle domande non si applicano per chi consegue o rinnova la licenza successivamente a tali date.

4. Entro il 31 marzo di ciascun anno, concluso l'iter delle iscrizioni come residenza venatoria, ciascun A.T.C., comunica all'interessato l'ammissione.

5. L'ammissione dei cacciatori, nel numero consentito, terrà conto dei seguenti criteri di priorità:

- a) cacciatori residenti nell'area dell'A.T.C.;
- b) cacciatori proprietari o conduttori di fondi ricadenti nell'area dell'A.T.C.;
- c) cacciatori residenti in provincia di Napoli nati nell'area dell'A.T.C.;
- d) cacciatori residenti in provincia di Napoli;
- e) cacciatori residenti nelle altre province della Campania;
- f) *in base all'anzianità anagrafica del cacciatore che richiede l'iscrizione.*

6. L'istanza per l'ammissione in altri A.T.C. senza residenza venatoria vanno prodotte al Comitato di Gestione (CO.GE.) dell'A.T.C. prescelto distintamente da quelle presentate per la residenza venatoria e saranno esaminate dai Comitati di Gestione degli A.T.C. dopo l'assegnazione delle residenze venatorie e se si determina capienza nell'ambito dell'indice di densità determinato in precedenza per ciascun Ambito.

7. Per la concessione del secondo ambito, nel numero massimo consentito dal rispetto dell'indice di densità venatoria, si terrà conto dei seguenti criteri di priorità:

- a) - cacciatori con residenza anagrafica nell'area dell'A.T.C. e residenza venatoria in A.T.C. confinante;
- b) - cacciatori proprietari o conduttori di fondi ricadenti nell'area dell'A.T.C.;
- c) - cacciatori nati nell'area dell'A.T.C. e residenti in A.T.C. confinanti;
- d) - cacciatori nati nell'area dell'A.T.C. e residenti in provincia di Napoli;
- e) - cacciatori residenti in provincia di Napoli;
- f) - cacciatori residenti nelle altre province della Campania;
- g) *in base all'anzianità anagrafica del cacciatore che richiede l'iscrizione.*

8. L'istanza per l'ammissione in A.T.C. come residenza venatoria va formulata alla Amministrazione Provinciale sul modello unico per tutti gli A.T.C. (allegato 1) mentre quella per il secondo Ambito (art. 14, comma 5, L. 157/92 e art. 36, comma 2, L.R.8/96) va prodotta al CO.GE. dell'A.T.C. prescelto secondo il modello unico predisposto (allegato 2).
9. Entro il 31 maggio ogni A.T.C. comunica agli interessati le ammissioni non ascrivibili alla residenza venatoria dandone notizia anche ai rispettivi A.T.C. di residenza venatoria.
10. Le istanze difformi sono considerate non valide ed annullate d'ufficio senza obbligo di dame comunicazione all'interessato.
11. Il mancato accoglimento della domanda, escluso il caso di cui al comma precedente, deve essere motivato e comunicato all'interessato che, entro quindici giorni, può fare ricorso alla Provincia competente se ravvisa violazione dei criteri di ammissione previsti dal presente regolamento.
12. La Provincia deve dare risposta entro sessanta giorni a decorrere dalla data di conclusione dell'iter delle istanze per l'assegnazione della residenza venatoria e ciò al fine di salvaguardare il rispetto dell'indice di densità venatoria.
13. Gli elenchi definitivi dei cacciatori ammessi negli A.T.C., redatti in ordine alfabetico e distinti a seconda che siano a titolo di residenza venatoria o come secondo A.T.C., sono trasmessi a tutti i comitati di gestione ed alla Regione Campania entro il 30 giugno di ogni anno.
14. Per i cacciatori la cui residenza venatoria coincide con la residenza anagrafica, negli anni successivi alla prima iscrizione, con l'acquisizione perciò della residenza venatoria, la richiesta di ammissione si intende reiterata se l'interessato versa la quota di ammissione e ne informa la provincia entro il mese di gennaio.
15. In, ogni A.T.C. va riservata una quota del 5% della disponibilità complessiva a cacciatori non residenti in Campania.
16. I posti non attribuiti per tale riserva vanno assegnati a richiedenti altrimenti esclusi.
17. *In ogni A.T.C. è riservata una percentuale dello 0,5% della disponibilità complessiva per iscrizioni giornaliere; la quota di partecipazione economica per l'ammissione è stabilita in misura non inferiore al 30% di quella individuata ai sensi dell'art. 38, comma 1, lettera d) della L. R. 10 aprile 1996 n. 8.*



Delibera della Giunta Regionale n. 41 del 14/02/2011

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 3 Interventi a favore di fasce socio-sanitarie particolarmente 'deboli'

Oggetto dell'Atto:

APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO RECANTE LINEE DI INDIRIZZO, PROFILI E STANDARD IN MATERIA DI SERVIZI DOMICILIARI: "IL SISTEMA DEI SERVIZI DOMICILIARI IN CAMPANIA" CON ALLEGATO

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO

- a. il Quadro Strategico Nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013(QSN), approvato con delibera CIPE n.174 del 22/12/2006 ed adottato con decisione della Commissione Europea n.C(2007) 3329 del 13/7/2007, definisce per le regioni del mezzogiorno quattro obiettivi di servizio, quali obiettivi strategici per il miglioramento ed innalzamento della qualità della vita dei cittadini, indicando altresì il target vincolante e gli indicatori per misurare il raggiungimento dei singoli obiettivi definiti;
- b. tra i quattro obiettivi previsti dal Q.S.N. figura l' Obiettivo di Servizio n.2, "aumentare i servizi di cura alla persona per alleggerire i carichi familiari e innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro" per la cui misurazione sono declinati 3 indicatori, tra i quali è definito l' indicatore S 06 "incrementare il numero di anziani in assistenza domiciliare integrata" ;
- c. la delibera CIPE n. 82 del 3 agosto 2007 "Quadro strategico Nazionale 2007-2013. Definizione delle procedure e delle modalità di attuazione del meccanismo premiale collegato agli obiettivi di servizio", fissa il meccanismo di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi a cui partecipano le regioni del mezzogiorno "Obiettivo Convergenza";
- d. la L.R. 11 n.11 del 23.10. 2007 "Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale", attuativa della Legge Quadro n.328/2000 norma i principi generali per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali e sociosanitari, e in tale ambito normativo si delinea la prospettiva di realizzazione dell' Obiettivo di Servizio 2 fissato dal Q.S.N. e del relativo indicatore S 06 "incrementare il numero di anziani in assistenza domiciliare integrata" ;
- e. il decreto commissariale n.49/2010 *"riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro"* , con il quale sono definite le aree prioritarie di intervento per la riorganizzazione della rete territoriale con particolare riguardo al sistema delle cure domiciliari.

CONSIDERATO che

- a. la Regione Campania con DGR 210 del 6.2.2009 "Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013" ha approvato il Piano di Azione per l'Obiettivo 2 e il piano delle attività per il relativo indicatore: SO6 "INCREMENTARE IL NUMERO DI ANZIANI IN ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA" elaborato congiuntamente dai Settori Assistenza Sociale e Fasce Deboli su indicazioni dell'Amministrazione e del Dipartimento dello Sviluppo Economico ;
- b. la L.R. 11/2007 al Titolo V norma l'integrazione sociosanitaria tra i Comuni associati in Ambiti Territoriali e le ASL *quale strategia in grado di promuovere risposte unitarie a bisogni complessi del cittadino, indica la necessità per Comuni , ASL e Distretti Sanitari di raccordare i rispettivi atti programmatori e di regolamentare congiuntamente le funzioni di accesso , di valutazione integrata degli utenti e di erogazione dei servizi sociosanitari;*
- c. Il Piano Sociale Regionale , attuativo della L.R. 11/2007, approvato con DGR n. 694 del 16.4.09 recepisce il Piano di Azione per l' Obiettivo 2 ed assume l'Assistenza Domiciliare Integrata quale obiettivo strategico della programmazione regionale al fine di imprimere un reale processo d'innovazione e di riforma dei sistemi sociale e sanitario;
- d. il citato Piano delle attività di cui alla DGR 210/09 per l'incremento del numero di anziani in Assistenza Domiciliare Integrata è declinato nelle seguenti azioni:
 - 1) Qualificare il sistema di offerta dei servizi di ADI
 - 2) Incrementare l'offerta di ADI
 - 3) Riorganizzare il sistema di offerta dei servizi sociosanitari
 - 4) Accrescere le competenze degli addetti ai lavori

5) Disporre di un sistema informativo socio-sanitario regionale

6. Governare il processo di attuazione del Piano

d. 1 e per l'azione 6 prevede la Definizione ed adozione di un sistema di classificazione delle cure domiciliari e redazione di linee guida specifiche

RILEVATO

a. che al fine di governare il Piano di Azione è necessario definire prioritariamente indicazioni di programmazione per gli attori territoriali ovvero : i Comuni Associati in Ambiti Territoriali e le ASL competenti, dotando la Regione Campania di un sistema di classificazione delle cure domiciliari sanitarie e di Linee guida per l'integrazione delle cure domiciliari erogate dalle ASL con gli interventi tutelari socioassistenziali erogati dai Comuni .

PRESO ATTO

a. del lavoro svolto congiuntamente dai Settori Assistenza Sociale e Fasce Deboli, attraverso la costituzione di un tavolo tecnico per la programmazione partecipata con i rappresentanti dei Comuni e dei Distretti Sanitari e con la collaborazione degli esperti Formez , e che tale lavoro ha prodotto un documento di indirizzi regionali in materia di cure domiciliari e assistenza domiciliare integrata ;

b. che il documento elaborato dal tavolo tecnico include, indicazioni operative per la declinazione dei Regolamenti Sociosanitari di Accesso, Valutazione ed Erogazione dei Servizi Sociosanitari, che ai sensi della L.R. 11/07, art.41, devono essere congiuntamente approvati dai Comuni e dalle ASL e costituiscono allegato al Piano di Zona;

RITENUTO

di dover adottare il documento di indirizzi regionali elaborato dai Settori competenti e denominato "Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania" che in allegato alla presente ne costituisce parte essenziale;

1. di dover stabilire che è fatto obbligo ai Direttori generali di recepire ed adottare il documento allegato alla presente delibera con proprio atto, predisponendo tutte le azioni necessarie a renderlo operativo, in armonia con le indicazioni emanate in materia di organizzazione delle attività territoriali e del decreto n.49/2010 di dover stabilire che tali indirizzi regionali siano recepiti negli atti programmatori territoriali da parte dei Comuni e delle ASL sia attraverso la definizione di protocolli d'intesa per per l'attivazione dell'A.D.I., sia attraverso la definizione dei Regolamenti sociosanitari ex art.41 L.R.11/07.

2. che ciascuna azienda il 30 giugno di ogni anno dovrà relazionare in merito all'attuazione delle linee guida predisponendo una relazione valutativa dalla quale emergano le azioni programmate e realizzate in materia di implementazione del sistema di cure domiciliari e gli obiettivi qualiquantitativi raggiunti

3. di rinviare ad atti successivi la definizione del sistema di tariffa per le cure domiciliari in base ai profili di cura

VISTI

a. il DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";

b. il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria";

c. la D.G.R.C. 460/2007 Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004;

d. la D.G.R.C. 1811/2007 :Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali – Adempimento ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007, che sarà integrata e modificata a seguito del lavoro di revisione ed integrazione relativo alla scheda di valutazione multidimensionale, che i settori competenti stanno ultimando;

e. la D.G.R.C. 2310/2007: Azioni di supporto tecnico alle AA.SS.LL. in materia di riqualificazione del sistema di erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro approvato con D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007;

- f. la L.R. 11/2007: Legge per la Dignità e la Cittadinanza Sociale;
- g. D.G.R.C. 210/2009 Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007 - 2013.
- h. la D.G.R. 694 del 16 4 09 "Piano Sociale Regionale"
- i. il D.P.G.R. n.16 del 23.11.2009 "Regolamento di Attuazione della L.R.11/2007"
- l. Il Patto per la salute 2010-2012 approvato dall'Intesa stato-regioni del 3 dicembre 2009;
- m. il decreto commissariale n.49/2010 "Riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro";
- n. la circolare del subcommissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario n. 3794/c del 9.11.2010 "Direttiva per il potenziamento delle attività territoriali in particolare il sistema delle cure domiciliari";
- o. il Piano sanitario 2010-2012 .

VISTO, altresì il decreto del presidente della Giunta Regionale n.109 del 21.05.2010 di ripartizione delle funzioni tra i componenti della Giunta Regionale con il quale è stata riservata al Presidente quella relativa alla materia della sanità,

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente:

1. Di approvare il documento all'allegato A denominato "Il Sistema dei Servizi Domiciliari in Campania" che costituisce parte essenziale della presente deliberazione
2. Di stabilire che è fatto obbligo ai Direttori Generali di recepire ed adottare il documento allegato alla presente delibera con proprio atto, predisponendo tutte le azioni necessarie a renderlo operativo, in armonia con le indicazioni emanate in materia di organizzazione delle attività territoriali con decreto commissariale n. 49/2010.
3. Di stabilire che gli indirizzi regionali contenuti nel documento Allegato A siano recepiti negli atti programmatici territoriali da parte dei Comuni e delle ASL sia attraverso la definizione di protocolli d'intesa per per l'attivazione dell'A.D.I., sia attraverso la definizione dei Regolamenti sociosanitari ex art.41 L.R.11/07.
4. Di stabilire che ciascuna Azienda ed Ambito Territoriale il 30 giugno di ogni anno dovranno relazionare in merito all'attuazione delle linee guida predisponendo una *Relazione valutativa* dalla quale emergano le azioni programmate e realizzate in materia di implementazione del sistema di cure domiciliari e gli obiettivi quali-quantitativi raggiunti .
5. Di rinviare ad atti successivi la definizione del sistema di tariffa per le cure domiciliari in base ai profili di cura.
6. Di affidare ai Settori Assistenza Sociale e Fasce Deboli la divulgazione del presente documento presso i Comuni associati in Ambiti Territoriali , le ASL e i Distretti Sanitari per l'adeguamento degli atti programmatici ai sensi della L.R. 11/2007, art.41 e per l'attuazione degli interventi specifici al raggiungimento dell'Obiettivo di Servizio 2 - Indicatore S06 sull'Assistenza Domiciliare Integrata.
7. Di rinviare il presente provvedimento ai Settori competenti ed al BURC per la pubblicazione.

IL SISTEMA DEI SERVIZI DOMICILIARI IN CAMPANIA

LINEE GUIDA REGIONALI

INDICE

INTRODUZIONE

1 - IL SISTEMA REGIONALE DEI SERVIZI DOMICILIARI INTEGRATI

- 1.1 La nuova caratterizzazione delle Cure Domiciliari in ambito sanitario
- 1.2 Nuova caratterizzazione dell'Assistenza Domiciliare in ambito sociale
- 1.3 L'integrazione tra sociale e sanitario e la definizione degli standard assistenziali

2- IL SISTEMA DI ACCESSO E DI PRESA IN CARICO

- 2.1 Segnalazione/richiesta di accesso attraverso la PUA
- 2.2 La proposta di ammissione alle cure domiciliare integrate,
- 2.3 valutazione multi-dimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager
- 2.4 La redazione del Progetto Personalizzato: il Piano Esecutivo
- 2.5 La gestione del progetto assistenziale
- 2.6 La dimissione

3 - LA QUALITÀ DEL SERVIZIO E I SISTEMI INFORMATIVI

- 3.1 Standard e indicatori per verificare gli esiti dei progetti personalizzati e flussi informativi integrati
- 3.2 La formazione e l'aggiornamento del personale

CONCLUSIONI

ALLEGATI

- 1. *Glossario socio - sanitario per le cure domiciliari*
- 2. *Prestazioni sanitarie - tabelle riepilogative*
- 3. *Prestazioni sociali - tabelle riepilogative*
- 4. *Prototipo Scheda di Accesso*
- 5. *Riepilogo dei riferimenti normativi nazionali e regionali*

INTRODUZIONE

L'esigenza di un documento congiunto tra Sociale e Sanitario che fornisse indirizzi per l'erogazione dei servizi domiciliari, nasce dall'analisi delle consistenti difficoltà che hanno condizionato la corretta programmazione dei servizi domiciliari integrati nel precedente decennio di attuazione della L.328.

In questo processo, accanto alle criticità di natura economica, organizzativa, operativa, si sono aggiunte spesso anche quelle di tipo linguistico-lessicale: spesso infatti, operatori appartenenti alle diverse organizzazioni attribuivano significati diversi al medesimo termine di uso comune. Ciò ha contribuito a rendere faticosa la comunicazione, al punto che si registra, anche fra enti che appartengono allo stesso sistema organizzativo, slittamenti di significati. Lo stesso servizio di tipo domiciliare veniva chiamato in maniera diversa nei documenti e negli atti ufficiali: per anni, nei servizi sociali, si sono usati indifferentemente i termini SAD e ADA per designare l'assistenza domiciliare fornita dai servizi sociali comunali. Altra questione è l'utilizzo del termine ADI per il quale ancora oggi sussistono una serie di equivoci anche all'interno del mondo sanitario dove è stato utilizzato per la prima volta per fare riferimento all'assistenza domiciliare che integra diverse professionalità e competenze di tipo medico-sanitario (od anche sociale), senza fare riferimento a modalità di gestione integrata e di presa in carico congiunta dei diversi sistemi istituzionali.

Nella Regione Campania, con la L.R. 11/07, si è giunti ad una definizione dei termini socio-sanitari essenziali, sia sul piano tecnico-amministrativo, sia sul piano tecnico-scientifico, come Porta Unitaria di Accesso, Unità di Valutazione Integrata, Progetto Personalizzato, etc. Il Piano Sociale Regionale assume l'Assistenza Domiciliare Integrata come obiettivo strategico della programmazione regionale al fine di imprimere un reale processo di innovazione e di riforma dei sistemi sociale e sanitario in direzione della qualità, del governo della complessità, dell'appropriatezza e dell'efficacia delle cure. Pertanto la Regione intende investire prioritariamente nella rete dei servizi domiciliari favorendo la de-istituzionalizzazione, la de-ospedalizzazione, e la permanenza in famiglia delle persone in condizioni di non autosufficienza ed in particolare delle persone con più di sessantacinque anni di età, in vista del raggiungimento dei più elevati livelli di benessere della popolazione per affrontare con una logica preventiva i rischi che le trasformazioni socio-demografiche, economiche ed ambientali evidenziano.

Tale scelta è stata effettuata in coerenza con il quadro Strategico Nazionale 2007-2013 che definisce per le Regioni del Mezzogiorno Quattro Obiettivi di Servizio tra cui quello di aumentare i servizi di cura alla persona per alleggerire i carichi familiari e, in tal modo, innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro. L'OMS definisce l'assistenza domiciliare come *"la possibilità di fornire a domicilio del paziente quei servizi e quegli strumenti che contribuiscono al mantenimento del massimo livello di benessere, salute e funzione"*.

Nella realtà operativa regionale, non esistono ancora di fatto, servizi socio-sanitari integrati ma sistemi di erogazione distinti che devono coordinarsi, e pertanto ciascun territorio ha finora recepito le indicazioni regionali scegliendo le modalità operative ad esso più congeniali. Tuttavia si deve comunque registrare che in alcuni casi sono state introdotte sul territorio sperimentazioni interessanti.

Le presenti Linee Guida rispondono quindi alla necessità di chiarire le modalità organizzative e gestionali dell'erogazione dei servizi domiciliari; esse nascono nell'ambito delle attività definite dal Strategico Nazionale 2007-2013 che attribuisce alle Regioni del Mezzogiorno obiettivi di miglioramento della qualità della vita e dei servizi ai cittadini; sono state formulate per dare ordine e orientare tra le diverse definizioni fornite nel corso degli anni sia dal livello ministeriale sia dal livello regionale, oltre che per fornire indicazioni

utili agli operatori del settore sanitario e sociale ai fini della realizzazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata: il termine "integrata" va qui inteso sia in relazione alle modalità di accesso al servizio, valutazione del bisogno, definizione del progetto individualizzato e valutazione degli esiti, sia in relazione agli aspetti metodologico-operativi per la gestione coordinata del servizio.

Il documento è il frutto di uno sforzo concertativo che ha impegnato il Settore Fasce Deboli dell'Assessorato alla Sanità e il Settore Politiche Sociali della Regione Campania e che ha visto la partecipazione di referenti di alcuni Distretti Sanitari e Uffici di Piano territoriali, impegnati in un laboratorio coordinato dal Formez nell'ambito del Progetto *"Azioni di sistema e assistenza tecnica per il conseguimento dei target relativi ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata per la popolazione anziana"*¹.

¹ Progetto attivato dal Ministero della Salute, dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e dal Dipartimento per le Politiche della Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri

1 - IL SISTEMA REGIONALE DEI SERVIZI DOMICILIARI

Ai fini di una organica trattazione e definizione dei servizi di assistenza domiciliare in Campania i principali riferimenti normativi sono i seguenti:

- il documento prodotto a fine 2006 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita presso il Ministero della salute, avente per oggetto *“Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”; i progetti regionali sulle cure primarie e cure domiciliari approvati in sede di conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della salute*²
- il Regolamento di attuazione della L.R. 11/ 2007 (DPGR n.16 del 23.11.09) e il Nomenclatore dei Servizi allegato al Decreto Dirigenziale 871/09 *“Approvazione Indicazioni operative per la presentazione dei Piani di Zona triennali in applicazione del I Piano Sociale Regionale”*.³

1.1 Nuova caratterizzazione delle Cure Domiciliari in ambito sanitario

La nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare (documento del Ministero della Salute 2006) riorganizza e ridefinisce le cure domiciliari, distinguendo, come di seguito descritto in dettaglio, gli interventi basati su prestazioni, che non necessitano di integrazione e valutazioni multidimensionali, dalle Cure Domiciliari Integrate, definite come una modalità di assistenza integrata - sanitaria e sociale - erogata al domicilio dell'Assistito, in modo continuo ed integrato, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

Gli obiettivi specifici del Sistema delle Cure Domiciliari Integrate sono:

- fornire adeguata assistenza a persone che presentano problematiche di tipo sanitario e sociale suscettibili di trattamento domiciliare, evitando i ricoveri ospedalieri impropri e l'ingresso in residenza
- favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e relazionali
- rendere possibili dimissioni ospedaliere tempestive ed assicurare la continuità assistenziale mediante lo strumento della “dimissione protetta”
- supportare i “caregiver” e trasmettere loro delle competenze che possano tradursi in autonomia di intervento
- migliorare in ultima analisi la qualità della vita di persone non autosufficienti o a rischio di perdita dell'autosufficienza, favorendo il mantenimento delle capacità residue.

La “Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio” articola le cure domiciliari in tre tipi:

² Tali progetti sono relativi al perseguimento di obiettivi di carattere prioritario indicati dai Piani sanitari Nazionali vigenti. Cfr le delibere di approvazione di progetti regionali di implementazione e miglioramento delle cure domiciliari: DGRC 1613/2008; 858/2009; 995/2009; 1091/2009: de

³ Cfr. normativa regionale in allegato, in particolare la L.R. 11/2007, Titolo V); il Piano Sociale Regionale capitolo 2.4.4 “L'integrazione tra sociale e sanitario”, cap. 2.6.1, Prog.Obiettivo A.D.I.”; Regolamento sull'Accreditamento n. 16 del 23.11.09 – All. B (prestazioni ADI);

1. Cure Domiciliari di tipo Prestazionale
2. Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello
3. Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e Cure Domiciliari palliative per malati terminali⁴

1. Le Cure Domiciliari di tipo Prestazionale sono caratterizzate da prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato. Esse costituiscono una risposta prestazionale, professionalmente qualificata, ad un bisogno puntuale di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che, anche qualora si ripeta nel tempo, per la presa in carico del paziente non richiede né una valutazione multidimensionale né l'individuazione di un piano di cura multidisciplinare.

Sono richieste dal medico responsabile del processo di cura del paziente e sono volte a soddisfare un bisogno sanitario semplice nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono impossibile l'accesso ai servizi ambulatoriali. In caso di mutate condizioni sanitarie e/o sociali rilevate, il MMG deve richiedere l'attivazione dell'Unità di Valutazione Integrata (UVI, definita al paragrafo 2.3 del presente documento).

2. Le Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello comprendono quelle già definite in precedenza ADI. Si rivolgono a persone che, pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi, necessitano di continuità assistenziale ed interventi programmati che si articolano sui 5 giorni (1° livello) o 6 giorni (2° livello). Le cure integrate di primo e secondo livello prevedono un ruolo centrale del Medico di Medicina Generale che assume la responsabilità clinica condivisa dei processi di cura sanitaria. La gamma di prestazioni che riguardano questa tipologia di intervento professionale comprende prestazioni, medico infermieristiche, riabilitative mediche, medico specialistiche e socio-assistenziali: tali prestazioni sono integrate tra loro in un *mix* all'interno di un Progetto Personalizzato, frutto di un processo di valutazione multidimensionale (si veda il capitolo seguente).

3. Le Cure Domiciliari Integrate di terzo livello e le Cure Domiciliari palliative per malati terminali che assorbono l'assistenza territoriale domiciliare rivolta a pazienti nella fase terminale e l'Ospedalizzazione Domiciliare - Cure Palliative) sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze. Consistono in interventi professionali rivolti a malati che presentano dei bisogni con un elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche riferite a:

- malati terminali (oncologici e non);
- malati portatori di malattie neurologiche degenerative/progressive in fase avanzata (SLA, distrofia muscolare);
- pazienti con necessità di nutrizione artificiale enterale e parenterale;
- pazienti con necessità di supporto ventilatorio invasivo;

⁴Le cure domiciliari palliative per malati terminali sono qui ricomprese con le cure domiciliari di terzo livello secondo la trattazione proposta dal richiamato documento del Comitato Lea “Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”; si precisa, però, che le cure domiciliari palliative di fatto non sono sovrapponibili alle cure domiciliari di terzo livello né si possono riassorbire in unico profilo assistenziale -come si evidenzia dalla tabella 1 di seguito riportata- poiché per la loro erogazione necessitano di un'équipe dedicata, hanno standard e profili assistenziali diversi dalle cure di terzo livello. Per la trattazione di questa tipologia di assistenza si rinvia al documento “Linee d'indirizzo per l'accesso alla rete delle cure palliative, standard e profili professionali”

- pazienti in stato vegetativo e stato di minima coscienza
- fasi avanzate e complicate di malattie croniche

Per i malati terminali è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe dedicata di cui fa parte il medico di medicina generale.

A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care-giver.

Presupposti di base rimangono la valutazione multidimensionale, la presa in carico del paziente e l'individuazione di un piano di cura con intervento di tipo multidisciplinare. Tali cure sono richieste dal medico responsabile delle cure del paziente.

Si tratta di interventi programmati sui 7 giorni settimanali e, per le cure palliative, è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore di norma erogata dall'équipe di cura e comunque da medici specificatamente formati.

La gamma di prestazioni che riguardano questi profili comprende prestazioni mediche, infermieristiche, dietologiche, riabilitative fisioterapiche e logopediche, psicologiche e medico-specialistiche (si vedano gli allegati).

Gli ospedali che attualmente erogano interventi di ospedalizzazione domiciliare devono necessariamente raccordarsi con il distretto territoriale competente, attraverso specifici protocolli che adeguino le procedure ai nuovi indirizzi nazionali e regionali.

1.2 Nuova caratterizzazione dell'Assistenza Domiciliare in ambito sociale

Alla nuova caratterizzazione dei Servizi Domiciliari come "Cure Domiciliari" in ambito sanitario (di cui negli allegati si fornisce il dettaglio delle prestazioni) va affiancata la nuova regolamentazione regionale in materia di servizi di tipo domiciliare erogati dai Servizi Sociali: si fa riferimento in particolare al "Regolamento sull'Accreditamento di attuazione della L.R. 11/ 2007 (DPGR n.16 del 23.11.09) ed al Nomenclatore dei servizi sociali allegato al Decreto Dirigenziale 871/09 *"Approvazione Indicazioni operative per la presentazione dei Piani di Zona triennali in applicazione del I Piano Sociale Regionale"*. In relazione alla tipologia "servizi di tipo domiciliare" tali documenti, in continuità con i precedenti atti programmatici, definiscono in maniera puntuale le tipologie di servizi domiciliari e le prestazioni e le figure professionali connesse (vedi Allegato 3), oltre ad altri servizi quali telesoccorso, telefonia sociale, trasporto, contributi indiretti, tutoraggio educativo, etc, che contribuiscono a costruire un pacchetto di interventi, sulla base di una valutazione del bisogno sociale, per la realizzazione di un progetto personalizzato mirato a sostenere la persona non autosufficiente nel suo conteso di vita ed a sollevare il carico di cura delle famiglie.

Nei documenti citati l'ADI è definita come un servizio che "consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento".

1.3 L'integrazione tra sociale e sanitario e la definizione degli standard assistenziali

La definizione di Assistenza Domiciliare Integrata fornita alla fine del paragrafo precedente, desunta dal nomenclatore dei Servizi Sociali, trova corrispondenza, nell'ambito della nuova caratterizzazione sanitaria delle cure domiciliari, nelle Cure domiciliari integrate di primo e secondo livello: al di là della diversa terminologia, è dunque possibile rintracciare nei diversi documenti una corrispondenza relativa ai contenuti. Pertanto nelle pagine seguenti, quando si parlerà di servizi domiciliari integrati socio-sanitari si useranno gli acronimi ADI/CDI (Assistenza Domiciliare Integrata/Cure Domiciliari Integrate).

Va sottolineato che il termine "integrata" va qui inteso in due accezioni, non alternative ma connesse: ci si riferisce sia al coinvolgimento di più figure professionali dello stesso sistema, sia all'intervento congiunto dei servizi sanitari e dei servizi sociali. La complessità assistenziale richiede infatti una forte integrazione professionale tra le diverse componenti sanitarie e tra queste ultime e le componenti sociali, nonché tra le stesse componenti sociali che, soprattutto in seguito alla riforma dell'assistenza, L. 328/00, hanno assunto una sempre maggiore differenziazione e qualificazione.

L'assistenza sanitaria per gli utenti ospiti presso le "Comunità tutelari per non autosufficienti" sarà garantita dal distretto dove insiste la struttura.

Va ricordato che è possibile prevedere percorsi integrati socio-sanitari - con attivazione dell'UVI - anche per la cure domiciliari integrate di terzo livello o per le cure palliative, nei casi in cui ciò risulti necessario e nelle modalità previste nei regolamenti che ambiti territoriali e distretti sono tenuti ad approvare.

In linea generale le prestazioni di tipo socio-assistenziale integrabili con i percorsi di cure domiciliari, per una concreta realizzazione dell'ADI/CDI sono:

- Prestazioni professionali di carattere sociale, psicologico, educativo;
- Visite programmate dell'assistente sociale;
- Affidamenti familiari di minori, anziani, portatori di handicap, malati, per periodi da definire in base alle esigenze del nucleo familiare. Gli affidamenti sono supportati da una serie di interventi in ambito domiciliare o extra domiciliare;
- Assistenza tutelare per lo svolgimento delle funzioni essenziali della vita quotidiana e aiuto infermieristico
- Attività di cura della casa, preparazione pasti, piccole commissioni;
- Attività di supporto educativo e sostegno scolastico per minori;
- Attività di segretariato sociale per disbrigo pratiche amministrative;
- Fornitura di strumenti o tecnologie per favorire l'autonomia e di sussidi didattici specialistici;
- Accompagnamento dal domicilio ai servizi sociali, sanitari, formativi;
- Organizzazione dei servizi di trasporto verso servizi, scuola, luoghi di lavoro;
- Fornitura pasti a domicilio;
- Attività di supporto al referente familiare anche attraverso servizi di sollievo quali accoglienza per periodi determinati presso strutture residenziali e semiresidenziali.
- Contributi economici in forma diretta o indiretta;
- Telesoccorso e Teleassistenza

Queste prestazioni, di esclusiva titolarità sociale, arricchiscono e sostengono il percorso delle “cure domiciliari” permettendo alle UVI di costruire un progetto personalizzato integrato e finalizzato alla inclusione sociale ed al miglioramento della qualità della vita.

Per le prestazioni tutelari e di aiuto infermieristico, ex DPCM LEA, la titolarità del procedimento amministrativo di gestione può essere dei Comuni dell'Ambito Territoriale, dell'A.S.L., oppure mista Comuni/A.S.L. secondo gli accordi sottoscritti in sede di definizione congiunta del Piano Sociale di Zona e dei P.A.T.ex L.R. 11/07. Il titolare della prestazione può gestirla attraverso le forme previste dalla normativa vigente (gestione diretta, in economia o in affidamento a terzi; accreditamento; concessione, ecc.). In caso di titolarità mista, la gestione può essere esternalizzata, mediante appalto unico, oppure diretta mediante l'integrazione delle figure professionali.

Negli allegati alle presenti linee guida sono riportate le specifiche prestazioni (di tipo sanitario e sociale) che, combinate tra loro nel mix previsto dal Progetto Personalizzato, frutto della valutazione multidimensionale a cura dell'UVI, costituiscono il nucleo operativo dell'Assistenza Domiciliare Integrata/Cure Domiciliari Integrate (CDI/ADI)

PROFILI DI CURA E STANDARDS QUALIFICANTI

Nella seguente tabella- desunta dal documento della Commissione LEA del Ministero della Salute- sono stati definiti i profili e gli standard di cura domiciliari sanitari e sociosanitaria. Essi sono riferiti all'intensità ed alla complessità delle cure da erogare, relativamente al grado di intensità assistenziale sanitario. Inoltre al fine di qualificare le cure domiciliari sono state inserite le figure professionali non solo al fine di individuare gli standard qualificanti dei diversi profili assistenziali ma anche il mix assistenziale.

Tab. 1 – Profili di cura e standards qualificanti delle cure domiciliari

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA= GEA/GDC*	ATTIVAZIONE UVI	Durata media	Complessità	
					Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)
CD prestazioni (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico funzionale		No		Infermiere (min.15-max30') Professionisti della riabilitazione (30') Medico (30')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di primo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	Si	180 giorni	Infermiere (max: 30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CD integrate di secondo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	Si	180 giorni	Infermiere (min.30-max.45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
CD integrate di terzo livello (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	In relazione al bisogno espresso	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA= GEA/GDC*	ATTIVAZIONE UVI	Durata media	Complessità	
					Mix delle figure professionali/impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)
					Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	pronta disponibilità medica ore 8/20
Cure palliative malati terminali⁵ (già OD CP)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,60	In relazione al bisogno espresso	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi pronta disponibilità medica 24 ore

* CIA= coefficiente intensità assistenziale; GEA= giornata effettiva assistenza; GDC= giornate di cura (durata PAI).

** Figure professionali previste in funzione del PAI; se non specificato in tabella i minuti indicati si ritengono quale tempo medio per accesso domiciliare.

*** Per "operatività del servizio ci si riferisce ovviamente ai giorni di apertura, non al monte ore giornaliero erogate

Si precisa che, in rapporto ai costi orari delle prestazioni, occorre in ogni caso far riferimento alle tabelle già esistenti sui costi delle prestazioni delle professioni sociali, dei MMG, e delle altre figure professionali. I costi devono corrispondere a quanto previsto dalla normativa nazionale e/o regionale sul lavoro.

La precedente tabella va integrata con la tabella delle prestazioni sociali - presente in allegato - che per varietà e complessità risultano meno classificabili e tipizzabili e meno definibili in termini di durata e intensità. L'intensità assistenziale sociale -che può connotarsi in un insieme complesso e articolato di servizi e prestazioni tra loro integrati e a loro volta coordinati con le prestazioni sanitarie-va definita in sede di UVI e di definizione di progetto personalizzato e piano esecutivo⁶.

Più che una classificazione di standard prestazionali sociali, si rende necessario per il versante degli interventi domiciliari sociali, definire il livello di bisogno sociale che aiuti a costruire le priorità di accesso e il necessario mix di servizi e prestazioni finalizzati alla riduzione della complessità della condizione di disagio per promuovere l'autonomia e la capacità socio-relazionale dell'utente.

Per quanto riguarda invece uno standard essenziale di offerta sociale, ristretto alle sole prestazioni di assistenza tutelare ed aiuto infermieristico, si propongono alcune linee orientative. L'articolazione della programmazione, ovviamente consente, per la peculiarità delle stesse prestazioni, mirate principalmente ad alleviare il carico di cura delle famiglie, di concentrarle su uno o più giorni rispetto ai 5 o 6 previsti dal 1° o dal 2° livello, compatibilmente con le specifiche esigenze, concordate con l'utente e la sua famiglia.

Per quanto riguarda la fascia oraria di operatività del servizio, è auspicabile un ampliamento della stessa a tutto il *range* dell'orario di lavoro diurno, in linea generale, dal lunedì al venerdì, dalle ore 06 alle ore 22.

Per la durata di ciascuna prestazione, fermo restando la flessibilità delle stesse in base alle esigenze del caso, si può definire uno standard minimo di ore settimanali pari a: 15 ore per disabilità grave, certificata ai

⁵ Le figure professionali e le relative funzioni per questa tipologia di Cure Domiciliari sono disciplinate da normativa specifica, nazionale e regionale, pertanto la tabella può essere integrata

⁶ Nel caso in cui il paziente in carico socio-sanitario recuperi condizioni di autonomia e capacità di relazione, ad una riduzione dell'intensità della cura sanitaria può corrispondere un aumento del bisogno sociale e di conseguenza dell'intensità assistenziale sociale, pertanto occorre tener conto di questi mutamenti in sede di rivalutazione effettuata dall'UVI e per la ridefinizione del progetto personalizzato e piano esecutivo

sensi della L. 104/92; ed 8 ore per gli altri casi. Giorni, orari e numero di ore settimanali diversi possono essere definiti dalle UVI, in relazione al livello di bisogno assistenziale sociale.

I SOGGETTI E I RUOLI

Il sistema ADI/CDI, finalizzato alla presa in carico di bisogni complessi sanitari e sociali, presuppone un elevato livello di coordinamento e di integrazione tra i diversi attori del sistema, che consenta di considerare l'unicità della persona in tutte le sue dimensioni, superando l'approccio settoriale e specialistico ed integrando competenze e servizi diversi.

I principali attori del sistema territoriale di assistenza domiciliare sono rappresentati da:

Area sanitaria

- Unità Operative Distrettuali
- Medici di Medicina Generale/ Pediatri di Libera Scelta
- Servizi di medicina specialistica
- Altri servizi Sanitari territoriali e ospedalieri

Area sociale

- Servizi Sociali Professionali dell'Ambito Territoriale
- Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale
- Altri servizi sociali dell'Ambito Territoriale
- Enti gestori dei servizi sociali
- Rete familiare e parentale
- Volontariato

2 – IL SISTEMA DI ACCESSO E DI PRESA IN CARICO

Il servizio di assistenza domiciliare integrata si realizza attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati dell'Ambito Territoriale, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico. In questo capitolo si delineeranno le procedure operative per l'attuazione del percorso complessivo ⁷.

Le funzioni integrate per l' accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:

- La Richiesta presentata ad uno degli attori della P.U.A., con modulistica specifica e adottata con Regolamento congiunto da ASL e Ambito Territoriale (come previsto anche dalla L.R. 11/07 all'art. 41)
- La proposta di ammissione all' ADI/CDI formulata sulla base di requisiti essenziali dei Servizi Sociali e/o dell'Unità Operativa Distrettuale, in raccordo con il MMG
- La valutazione multidimensionale a cura delle UVI (Unità di Valutazione Integrata)
- La redazione del Progetto Personalizzato e l'individuazione del Case Manager in sede UVI, con definizione del Piano Esecutivo attuato dall'Equipe Operativa
- La dimissione

La Legge Regionale 11/07, art. 41, prevede che l'accesso unitario concertato tra A.S.L. e Comuni degli Ambiti Territoriali nell'ambito della programmazione socio-sanitaria congiunta, sia oggetto di uno specifico regolamento allegato al Piano di Zona, che disciplini le funzioni della PUA e delle UVI, prevedendo una organizzazione funzionale di raccordo tra Unità Operative Distrettuali e Servizi Sociali dell'Ambito territoriale.

2.1 Richiesta di accesso/segnalazione attraverso la Porta Unitaria di Accesso- PUA

La Porta Unitaria di Accesso, come definito dalla Legge Regionale, "va intesa come funzione esercitata sia dal segretariato sociale per i comuni, sia dai distretti sanitari per le ASL, con compiti di informazione, decodifica dei bisogni, orientamento, trasmissione delle richieste ai servizi competenti".

La P.U.A. rappresenta quindi l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda per tutti i servizi sociali e sanitari a gestione integrata e compartecipata (di natura domiciliare, residenziale e semiresidenziale).

Il Regolamento congiunto Ambito Territoriale/ASL deve prevedere un meccanismo di coordinamento automaticamente attivato ogni qual volta una richiesta di accesso da parte del cittadino interessato o una segnalazione da parte di terzi pervenga ad uno dei seguenti punti della rete formale:

- Medico di Medicina Generale / Pediatra di Libera Scelta
- Unità Operativa Distrettuale
- Segretariato Sociale dell'Ambito Territoriale (che opera in stretto raccordo funzionale con i Servizi Sociali Professionali)

⁷ Le presenti indicazioni tengono conto degli indirizzi già presenti nei documenti normativi regionali e negli atti deliberativi degli ultimi anni, sia in termini di descrizione del processo, sia in termini di strumenti già testati (si veda per questo il riepilogo degli atti normativi in allegato). In particolare si vedano anche: D.G.R.C. 2006/2004 "Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale, semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della L.R. 22 aprile 2003 n°8", in cui, nella Parte I si fornivano "Linee di indirizzo generali per l'accesso, la valutazione multidisciplinare del bisogno, la definizione del progetto socio-sanitario personalizzato e la presa in carico"; D.G.R.C. n. 1317 del 31 luglio 2009 - *Organizzazione dei Servizi di Segretariato sociale e Porta Unica di Accesso*

A tal fine occorre definire, in particolare, l'utilizzo di strumenti unici e la messa in rete telefonica e informatica fra i diversi punti di accesso.

Gli attori della Porta Unitaria di Accesso dovranno discriminare il bisogno espresso dal cittadino (*valutazione di primo livello*) ed avviare un percorso di accesso al sistema dei servizi che, a seconda dell'intensità delle situazioni problematiche espresse, semplici o complesse, possa prevedere l'invio ai servizi - sanitari o sociali - o l'attivazione della valutazione multidimensionale finalizzata ad una presa in carico integrata.

Ad un **bisogno semplice** corrisponde l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o sociali che non richiedono una valutazione multidimensionale; ad un **bisogno complesso**, invece l'erogazione di prestazioni integrate sociali e sanitarie per il quale è necessaria la definizione di un progetto personalizzato in sede di Unità di Valutazione Integrata che preveda il coinvolgimento di molteplici professionalità

La richiesta di accesso o segnalazione alla PUA può essere attivata:

- dal singolo cittadino interessato;
- da un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato)
- da un tutore giuridico;
- da Servizi sanitari (UO ospedaliera, UO distrettuali etc; strutture residenziali)
- da altri servizi sociali dell'ambito territoriale.

La richiesta deve essere effettuata attraverso una specifica modulistica elaborata ad hoc (in allegato è presente uno schema/tipo), prevista dal Regolamento di Accesso, e deve contenere almeno le seguenti informazioni:

- Dati anagrafici del cittadino e recapiti (nome e cognome, codice fiscale, n. telefono, ecc.)
- Indicazione di chi ha effettuato la segnalazione (cittadino, familiare ecc.)
- Tipo di bisogno/domanda espressa/verbalizzata (in sintesi)
- Invio diretto ai servizi sanitari o sociali nel caso di bisogno semplice
- Attivazione del percorso integrato di presa in carico nel caso di bisogno complesso

In tutti i casi in cui la segnalazione/richiesta non è stata effettuata dal diretto interessato, occorre prevedere di acquisire la liberatoria affinché PUA e UVI possano operare il processo d'integrazione socio-sanitaria. È opportuno in tal senso che la modulistica unica adottata per la domanda di accesso preveda un campo in cui il cittadino o il suo tutore giuridico esprima il consenso informato al trattamento dei dati da parte dei diversi soggetti della rete di servizi sociali e sanitari, nel rispetto della normativa sulla privacy e della L.241/90 in merito alla responsabilità del procedimento.

2.2 La proposta di ammissione alle cure domiciliare integrate.

In seguito alla valutazione di primo livello, nel caso di risposta complessa, viene formulata la Proposta di Ammissione all'ADI/CDI. Per l'Ambito Territoriale, il Segretariato Sociale invia la richiesta di accesso di cui al precedente paragrafo ai Servizi Sociali competenti per Comune di residenza.

La Proposta di Ammissione è formulata dall'UO distrettuale competente o dal Servizio Sociale Professionale in raccordo con il MMG, stante il consenso informato ed il rispetto della privacy del diretto interessato. La Proposta di Ammissione è inviata al Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato) e al Coordinatore dell'Ufficio di Piano, ai quali è affidata la responsabilità di attivare l'UVI, come disciplinato dall'apposito regolamento.

Si sottolinea che lo strumento per la gestione della richiesta alla PUA e per la proposta di ammissione al servizio ADI/CDI costituisce un unico modello, compilato per la prima parte - in fase di accesso - dagli attori della PUA, per la seconda parte dall'UO distrettuale competente o dal Servizio Sociale Professionale, sempre in raccordo con il MMG/PLS.

In tal senso il Regolamento di Accesso ex L.R. 11/07, deve prevedere le procedure per l'attivazione dell'UVI.

La Proposta di ammissione deve essere predisposta su supporto informatico e deve contenere, oltre alle informazioni già presenti nella richiesta di accesso (vedi sopra) le seguenti informazioni:

- bisogno/problema rilevato
- prima valutazione sulla presenza dei requisiti per l'attivazione dell'ADI/CDI
- prima ipotesi di intervento
- tempi di attivazione dell'UVI

A tale proposito si precisa che i requisiti indispensabili per l'attivazione dell'ADI/CDI sono:

- Condizione di non autosufficienza (disabilità) e patologie in atto o esiti delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- Potenzialità e disponibilità della famiglia o della rete parentale o informale tale da fornire un concreto supporto al Progetto personalizzato.
- Idonee condizioni abitative in grado di consentire la concreta erogazione delle prestazioni previste nel progetto personalizzato
- Consenso informato da parte della persona o suo tutore giuridico;
- Presa in carico da parte del medico di medicina generale (garanzia degli accessi concordati, disponibilità telefonica dalle ore 8 alle 20)

Sulla base della proposta per l'ammissione all' ADI/CDI viene convocata l'UVI. A tal fine il Regolamento congiunto deve definire il Responsabile per la convocazione delle UVI e prevedere i limiti temporali per la sua attivazione, secondo le indicazioni di cui al paragrafo successivo. Sono esclusi da questa procedura tutti quei casi per i quali si renda necessaria una presa in carico immediata, dato il prevalente bisogno sanitario. In questi casi l'accesso all'ADI/CDI dovrà essere in un primo momento esclusivamente sanitario e successivamente sarà effettuata la valutazione integrata in sede di UVI per rispondere a bisogni di natura sociale.

2.3 La valutazione multidimensionale a cura delle UVI e l'individuazione del Case Manager

La valutazione multidimensionale è attivata, come detto, nel caso in cui si ravvisino problemi complessi che richiedono una valutazione delle diverse dimensioni sanitario-assistenziali-sociali. Rappresenta l'analisi dettagliata dei problemi e dei bisogni dell'assistito ed è l'atto prioritario ed ineludibile ai fini della definizione del Progetto Personalizzato. La valutazione multidimensionale viene effettuata da un team multiprofessionale, l'Unità di Valutazione Integrata (UVI), con competenze multi-disciplinari, in grado di leggere le esigenze di persone che presentano situazioni problematiche complesse, in cui è inscindibile il bisogno sanitario da quello sociale⁸.

L'istituzione delle UVI è oggetto del Regolamento di Accesso ex art.41 L.R. 11/07 .

Va istituita almeno una UVI per ogni distretto sanitario, secondo quanto definito nei Piani di Zona e nei PAT.

All'UVI devono partecipare i seguenti componenti:

- M.M.G./PLS e assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente;
- Medico dell'UO distrettuale competente⁹ e referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano.

Il referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano può essere individuato tra le seguenti figure professionali: assistente sociale; sociologo; psicologo; educatore professionale.

L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso.

L'atto di convocazione delle UVI deve prevedere i nomi dei componenti e i loro ruoli, anche in funzione dell'autonomia decisionale in ordine alla spesa o ai tempi di attivazione delle diverse prestazioni.

Ai fini di una presa in carico condivisa in sede di UVI ed a garanzia di un impegno della spesa sociale, è necessario che l'Ambito Territoriale preveda nel Fondo Sociale di Ambito la riserva di una percentuale di budget per l'ADI/CDI che consenta di rendere immediatamente operativi i progetti personalizzati definiti dalle UVI e non previsti nel Piano di Zona . Tale necessità nasce dal fatto che i bilanci degli enti locali sono soggetti a precise prescrizioni (cfr. debiti fuori bilancio, assestamento di bilancio, esercizio provvisorio) Qualora i Comuni dell'Ambito non prevedessero in organico assistenti sociali professionali, ovvero coordinatori dell'ufficio di piano responsabili del procedimento amministrativo di gestione del Fondo Unico di Ambito (FUA) dovranno nominare in aggiunta altre figure istituzionali per l'assunzione delle responsabilità amministrative e contabili.

⁸ cfr. P.S.R. " (...) dovranno essere approntati e condivisi idonei protocolli operativi con gli altri servizi sia sanitari che sociali, e condivisi sia con i MMG e PLS del territorio che definiscano le procedure da porre in essere per garantire l'attuazione dei progetti personalizzati intesi come risposta integrata a bisogni complessi che, ponendo al centro dell'intervento l'utente e la sua famiglia, tessano intorno a loro una rete di sostegno e di supporto nel breve, medio e lungo periodo, a secondo della natura, dell'intensità e della durata del bisogno."

⁹ Laddove previsto, anche referente UVI del Distretto

La UVI svolge i seguenti compiti :

- effettua la *valutazione multidimensionale* del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali del paziente e del suo nucleo familiare (valutazione di 2° livello);
- elabora il Progetto Personalizzato, che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela;
- verifica e aggiorna l'andamento del Progetto Personalizzato

La *valutazione multidimensionale* dell'U.V.I. deve essere effettuata con uno strumento specifico, al fine di rendere omogenei e confrontabili i criteri di valutazione, strumento che sarà reso disponibile dalla Regione Campania sulla base delle sperimentazioni già effettuate con la scheda SVAMA.

Considerato che, di norma, la presa in carico deve avvenire entro 30 giorni dalla richiesta di accesso, per garantire il rispetto di tale tempistica, la valutazione multidimensionale a cura dell'UVI deve concludersi, con la redazione del Progetto Personalizzato, di cui paragrafo successivo, entro 20 gg. dalla proposta di ammissione e dall'attivazione del percorso integrato, salvo i casi di urgenza.

In sede UVI viene individuato il *Case Manager o Responsabile del caso*, un professionista che opera come “riferimento” e “facilitatore” per la persona in carico al servizio. Il *Case Manager o Responsabile del caso* ha il compito di seguire il paziente durante tutto il percorso assistenziale, per coordinare le risorse e migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza. È fondamentale che sappia costruire un dialogo costante con la persona assistita e/o la sua famiglia. Il *Case Manager o Responsabile del caso* è quindi una figura di raccordo con l'Equipe Operativa (che è il nucleo operativo che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare, come in seguito descritto), garantendone l'integrazione, tenendo le fila della comunicazione tra i suoi membri e assicurando che gli interventi assistenziali sul singolo caso siano effettuati in maniera coordinata, senza sovrapposizioni, intralci reciproci e/o vuoti di assistenza. In pratica il *Case Manager o Responsabile del caso* è colui che ha in mano il controllo della fase operativa delle ADI/CDI, verificando chi ha fatto che cosa, con quale frequenza, in che modo, in che tempi, ecc.

È importante distinguere tra la responsabilità clinica del caso, che rimane in capo al MMG/PLS (il naturale referente sanitario dell'assistito che coordina comunque gli interventi sanitari) e la responsabilità del Progetto Personalizzato, che è appunto del *Case Manager o Responsabile del caso*. Il ruolo di Case manager è assunto da figure assistenziali diverse a seconda della tipologia e complessità del bisogno del paziente: può quindi essere una figura sanitaria o sociale, in base ai bisogni prevalenti del soggetto e alle scelte organizzative. Il responsabile del caso viene individuato in sede UVI ed è all'UVI che deve direttamente rispondere del suo operato. Visto l'impegno che tale funzione richiede, è opportuno affidare ad uno stesso operatore un numero limitato e compatibile di casi da coordinare.

2.4 La redazione del Progetto Personalizzato

Alla valutazione multidimensionale segue la elaborazione del Progetto Personalizzato. L'UVI elabora il Progetto Personalizzato tenendo conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e

familiari. In vista di una informatizzazione del sistema la Regione provvederà ad elaborare uno strumento di riferimento (un modulo predefinito digitale) per la redazione del Progetto Personalizzato.

L'UVI è responsabile del Progetto Personalizzato e ne verifica l'attuazione mediante il *Case manager* o *Responsabile del caso*, individuato nelle modalità di cui al paragrafo precedente.

- gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo alla persona assistita che ai suoi familiari;

Il Progetto Personalizzato deve definire esplicitamente e in maniera analitica:

- in rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-basso) dell'intervento e le figure professionali impegnate;
- titolarità, competenze e responsabilità di spesa
- le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento
- le competenze e funzioni del referente familiare
- data di avvio e durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale
- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi
- Consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Con il consenso informato si conclude la fase preliminare della presa in carico del cittadino, che deve essere concludersi, come già indicato al paragrafo precedente, entro 30 giorni dalla data della richiesta di accesso.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il Progetto Personalizzato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori. Tutte le proposte di modifica strutturale dello stesso vanno ratificate dall'U.V.I..

Copia del Progetto Personalizzato è conservata presso l'U.V.I. in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, cartella, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003).

Copia dello stesso progetto è inviata agli uffici competenti del Distretto Sanitario e all'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale, sia per l'attivazione del servizio integrato, sia per le funzioni di monitoraggio.

2.5 La gestione del progetto personalizzato: il Piano Esecutivo

All'interno del Progetto Personalizzato deve essere previsto il Piano Esecutivo condiviso con l'Equipe Operativa che svolgerà nel concreto il percorso assistenziale domiciliare. Questa parte esecutiva del Progetto Personalizzato, che descrive in maniera puntuale il trattamento del caso, riporta:

- azioni specifiche, tipologia delle prestazioni e figure professionali impegnate
- quantità, modalità, frequenza e durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli esiti desiderati (n. di accessi MMG/PLS, consulenze specialistiche programmate, n. ore giornaliere e settimanali di assistenza domiciliare, ecc.);
- fornitura di presidi e materiali vari;
- strumenti e tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi).

L'Équipe Operativa è specifica e variabile per ogni singolo caso ed è costituita da tutti gli operatori del pubblico e del privato che provvedono all'attuazione del progetto personalizzato. Essa è pertanto costituita dagli operatori che si prendono cura a livello domiciliare del paziente e della sua famiglia; è coordinata in genere dal MMG per la parte sanitaria e dall'assistente sociale dell'ambito territoriale per la parte sociale. A differenza dunque dell'UVI, che è un team "rappresentativo" della complessità del bisogno dell'assistito e che, per essere funzionale, deve essere agile e opportunamente ristretta, l'Équipe Operativa integrata è necessariamente costituita in ogni momento dall'insieme degli operatori che in quel momento si prendono cura del soggetto: di qui, inoltre, la necessità e il rilievo della figura del Case Manager e la complessità dei suoi compiti.

L'Équipe Operativa dovrà disporre di un diario unico/cartella, che deve rimanere a domicilio dell'assistito, fino a chiusura del caso. In tale diario devono essere riportati tutti gli accessi (con indicazione dei tempi) e gli interventi effettuati e la stessa va periodicamente inviata al Case Manager, che avrà cura di registrare nel sistema informativo le prestazioni effettivamente erogate – Il diario unico non deve essere inviato, ma restare presso il domicilio dell'assistito. Le informazioni necessarie al case manager e all'UVI devono essere registrate dagli operatori che intervengono a domicilio utilizzando format di back office. All'atto della dimissione il diario unico va completata mediante la compilazione della Scheda di Dimissione Cure Domiciliari e va archiviata a cura dell'U.V.I..

L'erogazione del servizio per la titolarità del Distretto Sanitario deve avvenire entro le 24/48 ore dall'attivazione delle cure domiciliari dopo la definizione del Progetto personalizzato da parte dell'UVI.

L'erogazione delle prestazioni sociali, qualora gestite dall'Ambito Territoriale, deve avvenire entro 5 giorni lavorativi dall'arrivo del progetto personalizzato all'Ufficio di Piano.

Un ruolo strategico nel percorso di assistenza domiciliare integrata socio-sanitaria è quello del *Referente Familiare o Care Giver*, cioè di colui che si prende cura per più tempo dell'assistito, essendo più frequentemente in "contatto" con lui. In genere è un familiare o comunque un soggetto convivente con l'assistito stesso; in qualche caso può essere un amico o un vicino di casa o un volontario. Svolge quindi una funzione di assistenza diretta, provvedendo ad aiutare l'assistito. È importante che, in sede di stesura del Progetto Personalizzato, si individui la persona che svolge questo ruolo e se ne valutino capacità, competenze ed esigenze di supporto, in quanto costituisce una risorsa operativa preziosa, contribuendo all'efficacia del Progetto Personalizzato.

Molte volte la scelta del *Referente Familiare o Care Giver* avviene attraverso un meccanismo di selezione spontaneo da parte di un familiare che volontariamente si assume l'impegno di supportare ed assistere la persona malata. È importante sottolineare, però, che l'azione del *Referente Familiare o Care Giver* non può essere spontanea e completamente guidata da affetto e buon senso ma è fondamentale che il personale specializzato lo istruisca sulle tecniche ottimali da applicare per poter affrontare le difficoltà quotidiane che caratterizzano la vita nell'ambiente domestico.

Il supporto psicologico ed affettivo costituisce il cardine del ruolo del *Referente Familiare o Care Giver* a cui si affiancano una serie di funzioni concrete:

- soddisfare le necessità primarie della persona;
- aiutare il personale sanitario e sociale a portare avanti il progetto personalizzato);
- occuparsi delle necessarie questioni burocratiche ed economiche.

2.6 La dimissione

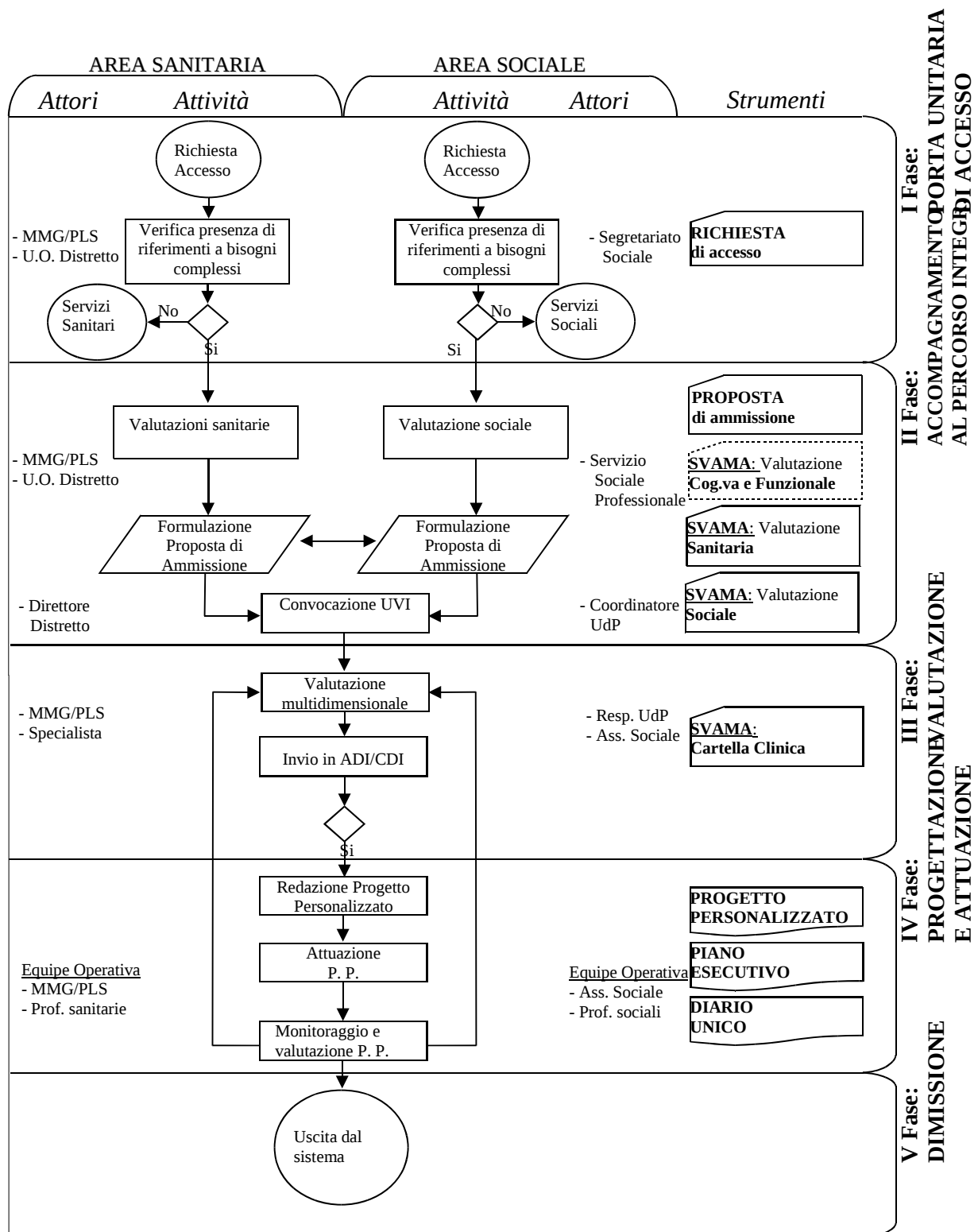
All'atto della dimissione va compilata una apposita scheda che, in analogia con la scheda di dimissione ospedaliera, raccoglie tutti i dati relativi alle ADI/CDI.

I dati delle suddette schede saranno raccolte su supporto informatico, nel rispetto della vigente normativa sulla Privacy, ai fini della realizzazione del flusso informativo regionale.

Si individuano le seguenti modalità di dimissione:

- Dimissione per raggiungimento degli obiettivi previsti dal Progetto Personalizzato, a seguito di verifica da parte della U.V.I
- Dimissione per trasferimento ad altro regime assistenziale di tipo diverso dal domiciliare, disposta dalla U.V.I. in seguito a riscontro, in sede di valutazioni intermedie o finali, di impossibilità di raggiungimento degli obiettivi del Progetto Personalizzato, con l'assistenza domiciliare, o a seguito di mutate condizioni sociosanitarie.
- Dimissione per ricovero in ospedale a seguito del verificarsi di condizioni cliniche non gestibili a domicilio.
- Dimissione per decesso della persona assistita
- Dimissioni per volontà dell'assistito (con precisazione della motivazione, se espressa)

PROCESSO DI EROGAZIONE SERVIZIO ADI/CDI: ATTORI, ATTIVITÀ E STRUMENTI



La precedente tabella, che non ha valenza esaustiva, mira a rappresentare il precorso di attivazione e realizzazione del processo di presa in carico integrata.

3 - LA QUALITA' DEL SERVIZIO E I SISTEMI INFORMATIVI

3.1 Standard e indicatori per verificare gli esiti dei progetti personalizzati e flussi informativi integrati

Il Ministero della Salute con decreto Decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 ("Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare") ha istituito il flusso denominato SIAD finalizzato a disporre di informazioni omogenee relative ad ogni singolo utente/cittadino che fruisce di cure domiciliari erogate dalle singole Aziende Sanitarie.

Tale flusso s'inserisce nel più ampio Nuovo Sistema Informativo Sanitario-NSIS, che comprende la creazione di un Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali relative al singolo cittadino che interagisce con il SSN a livello regionale.

Come definito dal richiamato decreto ministeriale l'attivazione del SIAD è graduale ma la data prevista per il definitivo adeguamento di ciascuna regione al sistema informativo e per l'alimentazione dello stesso è il 1 gennaio 2012. A decorrere da tale data l'invio delle informazioni a cadenza mensile deve avvenire entro il mese successivo al mese di riferimento in cui si sono verificati gli eventi

Le informazioni raccolte riguardano i seguenti ambiti:

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito;
- valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- erogazione dell'assistenza;
- sospensione della presa in carico;
- dimissione dell'assistito.

Le forme di Assistenza Domiciliare oggetto di rilevazione sono quelle caratterizzate da interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria che soddisfano i seguenti 4 criteri guida:

- la presa in carico dell'assistito;
- la valutazione multidimensionale dell'assistito;
- la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- la responsabilità clinica in capo a medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di libera Scelta (PLS) o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al distretto/ASL.

Se soddisfatti i criteri di cui sopra, devono essere inviate al Sistema anche le informazioni relative:

- alle "cure palliative domiciliari", che sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive;
- ai casi di "dimissione protetta", tesi ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera.

Non devono invece essere inviati al sistema informativo nazionale per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare le informazioni relative:

- Le "cure domiciliari prestazionali" che, non prevedono né la presa in carico dell'assistito né la sua valutazione multidimensionale;

- L'ospedalizzazione domiciliare, caratterizzata dall'erogazione di prestazioni al domicilio del paziente, da parte di un'equipe ospedaliera.

Il flusso SIAD, inoltre, esclude dalla rilevazione gli interventi caratterizzati esclusivamente da "sostegno sociale" alla persona e le "cure domiciliari prestazionali".

La regione provvede alla redazione di un Rapporto biennale sulle cure domiciliari utilizzando i dati dei nuovi flussi informativi (di cui al D.M. 17/12/2008) a cui si devono aggiungere i dati sulla integrazione sociosanitaria delle prestazioni al fine di verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi, le criticità e le possibili proposte per sviluppare e migliorare l'assistenza domiciliare.

Al fine di verificare tempestivamente l'andamento dell'assistenza domiciliare e il raggiungimento di determinati obiettivi, tenuto conto che il flusso informativo attivato dal Decreto ministeriale 17/12/2008 fornisce un ampio quadro di informazioni statistiche, si ritiene utile aggiungere una serie di 9 indicatori che saranno rilevati annualmente. Tali indicatori sono elencati nella successiva tab. 1.

Tab. n. ____ Gli indicatori del sistema delle cure domiciliari (CD)

Profilo di cura	Indicatori	Valori standard
CD prestazionali	1. numero malati assistiti 2. Numero malati assistiti/popolazione residente	-
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	3. Numero di malati assistiti >65anni/totale popolazione >65anni	3,5%
Cure palliative malati terminali	4. Numero annuo di malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208) assistiti dalla rete di cure palliative a domicilio/numero di malati deceduti per malattia oncologica per anno.	>45%
	5. Numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per malati deceduti a causa di tumore (Istat ICD9 cod. 140-208).	> al valore soglia individuato per l'indicatore n.4 moltiplicato per 55 (espresso in giorni)
	6. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è inferiore o uguale a 3 gg./numero malati curati a domicilio con assistenza conclusa.	80%
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	7. Numero di malati assistiti x 1.000 / totale popolazione	-
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	8. Numero di malati nei quali il tempo massimo di attesa fra segnalazione e presa in carico domiciliare è superiore a 30 gg./numero malati curati a domicilio.	-
CD integrate di primo, secondo, terzo livello e cure palliative	9. Numero di malati che hanno ricevuto cure domiciliari integrate con le prestazioni sociali domiciliari/numero malati curati a domicilio.	-

Allo stato in Campania sono configurati due sistemi informativi distinti, iscritti ciascuno in flussi di dati separati: il sistema utilizzato dal settore sanitario, Leosociosan, è conformato alle specifiche di NSIS, mentre Campania Sociale Digitale¹⁰, istituendo sistema informativo dei servizi sociali, dal gennaio 2010 ha iniziato la sperimentazione del flusso del SINA¹¹, promosso dalla Direzione Generale del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali sia per avviare il sistema nazionale dei servizi sociali, che per integrare i flussi sanitari con quelle informazioni di cui in esso non vi è traccia.

In relazione al SIAD, la Regione Campania, mettendo a frutto il risultato derivante dalla applicazione sperimentale di un software di informatizzazione e rilevazione delle prestazioni sociosanitarie, ha inteso definire un sistema regionale di monitoraggio delle prestazioni sociosanitarie. Attualmente presso tutte le Aziende Sanitarie della Regione Campania al flusso NSIS si affianca per le sole prestazioni lea sociosanitarie rese ai sensi del D.P.C.M. 29/11/2001 un software LEA SOCIOSAN realizzato in collaborazione con l'Agenzia Regionale sanità-ArSAN che prevede il monitoraggio e l'informatizzazione di questa tipologia di prestazioni (D.G.R.C. 476/2004 e 2040/2006) con una metodologia che mira a monitorare e verificare il percorso di accesso ai servizi e l'erogazione delle prestazioni conseguenti alla presa in carico. Con atto deliberativo 2105/2008 la Giunta Regionale, nel rispetto degli obblighi determinatisi con l'emanando decreto ministeriale istitutivo del SIAD, ha elaborato i criteri per un piano operativo finalizzato alla definizione di un sistema di rilevazione che non si limitasse a rispondere agli adempimenti previsti ma concorresse a delineare a livello distrettuale ed aziendale un sistema di rilevazione dedicato a tutte le prestazioni sociosanitarie.

È stata definita una scheda di rilevazione LEASOCIOSAN che ricomprende ed esplicita i tracciati e le informazioni richieste dal decreto SIAD, che preveda di rendere disponibili informazioni relative al progetto personalizzato e alla valutazione multidimensionale; per poter rilevare anche la componente sociale delle prestazioni sociosanitarie è possibile definire modalità di colloquio fra i sistemi informativi sociali e sanitari.

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

Il Settore Assistenza Sociale della Regione Campania, nel marzo del 2009 ha inoltre aderito al sperimentazione del Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA) promosso dal Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, il cui capofila è la Regione Liguria, partecipando attivamente alla definizione del set minimo di informazioni e a una Indagine Pilota su Comuni e Associazioni Intercomunali, i

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

¹¹ Sistema Informativo per la Non Autosufficienza

cui risultati sono stati presentati in un incontro pubblico tenutosi a Genova il 19 ottobre 2009. Dal gennaio 2010 è stata avviata la sperimentazione in Campania dei flussi su base individuale e quindi promuovere l'uso della cartella sociale informatizzata tra gli attori del welfare campano, utilizzando la scheda di rilevazione sui sistemi informativi sociali per la non autosufficienza, messa a punto dal Comitato di Coordinamento del progetto.

In ogni caso le criticità connesse al processo complessivo di integrazione socio-sanitaria, al di là della volontà del livello regionale, non possono non influenzare anche l'integrazione e l'interconnessione dei sistemi informativi (SIAD, SINA, ecc). L'auspicio è che l'informatizzazione e l'interconnessione dei due sistemi (garantite attraverso il Sistema Pubblico di Connettività, in Campania sviluppato con il sistema SPICCA) possa assicurare l'interoperabilità e la tempestiva trasmissione di dati ed informazioni tra diversi sistemi informativi. Tale sistema potrebbe consentire di snellire le procedure di connesse all'accesso e alla valutazione multidimensionale (ad es. la compilazione della Scheda SVAMA) e in generale di facilitare il lavoro delle UVI.

3.2 La formazione e l'aggiornamento del personale

Considerate le difficoltà dei processi di implementazione dell'integrazione socio-sanitaria, ai diversi livelli, è cruciale la costruzione di un piano unitario di formazione, che preveda percorsi integrati tra Distretti Sanitari e Ambiti Territoriali. Pertanto La Regione Campania ha programmato, avvalendosi delle risorse del Fondo Sociale Europeo, un complesso di percorsi formativi mirati a sviluppare livello organizzativo dell'integrazione sociosanitaria. I percorsi formativi si articolano su tre livelli e sono rivolti a tutti gli operatori coinvolti a vario titolo nel Sistema A.D.I. ed in particolare ai seguenti:

- responsabili degli Uffici di Piano e dei Distretti Sanitari per lo sviluppo di competenze nell'ambito dell'organizzazione e gestione integrata dei servizi ;
- responsabili delle UVI per lo sviluppo di competenze nell'ambito delle funzioni di valutazione integrata , presa in carico degli utenti e verifica dei progetti personalizzati. In tal senso sarà possibile formare all'utilizzo di uno strumento unico di valutazione adottato dalla Regione;
- figure professionali sociali per lo sviluppo di competenze nell'ambito del lavoro di assistenza e tutela a domicilio.

ALLEGATO 1

GLOSSARIO SOCIO SANITARIO PER LE CURE DOMICILIARI

1 - GLOSSARIO SOCIO SANITARIO PER LE CURE DOMICILIARI

Accesso	È il momento dell'ingresso nella rete dei servizi da parte dei cittadini. Le modalità di accesso devono avere determinate caratteristiche, ed in particolare devono essere: • unificate, per facilitare l'accoglienza delle persone, in particolare i soggetti non autosufficienti o in condizioni di fragilità; • integrate, ossia garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi: ospedalieri, distrettuali e sociali
Accreditamento	Processo attraverso il quale l'ente pubblico consente ad un soggetto privato, in possesso di requisiti predeterminati, di entrare a far parte della propria rete di fornitori di un servizio.
Accoglienza	Processo o percorso di inserimento della persona in un nuovo contesto fisico, sociale, relazionale. L'ambiente umano e fisico accogliente è fondamentale per facilitare l'accesso a servizi complessi (sanitari, sociosanitari e sociali)
Ambito territoriale	L'Ambito Territoriale rappresenta il punto di raccordo tra le politiche sociali dei diversi Comuni che, uniti a livello di programmazione e costruzione dei servizi, realizzano un percorso comune finalizzato a garantire unitarietà dei criteri e prestazioni omogenee su tutto il territorio. Attraverso il Piano di Zona, sono definite le finalità e gli obiettivi comuni, sono individuate le priorità di intervento sociale, le risorse e gli strumenti. La L.R. 11/07 prevede la coincidenza dell'Ambito Territoriale con i Distretti Sanitari o loro multipli.
Analisi del bisogno	Metodologia che tende allo studio analitico e approfondito del problema/bisogno semplice e/o complesso, al fine di individuare la migliore strategia di intervento.
Ascolto	L'ascolto è un processo comunicativo attivo di decodifica e comprensione di messaggi, informazioni richieste, espressioni emotive.
Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)	Vedi: Cure domiciliari Integrate Il Nomenclatore dei Servizi Sociali definisce l'ADI come un servizio che " consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento." L'Accordo collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale nell'allegato H precisa che "L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante l'integrazione professionale tra i diversi professionisti di cui alla presente convenzione e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente" L' art.. 51 dell' ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta prevede l'Assistenza Domiciliare Integrata. L'allegato E : l'assistenza ai bambini con patologia cronica è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche,riabilitative,socio-assistenziali, rese al domicilio del bambino e orientate in maniera da poter garantire il raggiungimento di specifici obiettivi di benessere, secondo piani di assistenza individualizzati, definiti anche con la partecipazione di più figure professionali
Assistenza Domiciliare Socio assistenziale (ADS, SAD)	L'Assistenza Domiciliare a carattere socio assistenziale è un servizio rivolto a soggetti con limitata autonomia, che vivono da soli o con famiglie che non sono in grado di assicurare un buon livello di assistenza per la cura e l'igiene della persona e della casa e per il mantenimento delle condizioni di autonomia. La finalità del servizio è quella di favorire la permanenza dell'anziano e del disabile nel suo ambiente abitativo e sociale e di accrescere la sua capacità di autodeterminazione, attraverso sia attività socializzanti, limitando il rischio di emarginazione sociale, sia prestazioni assistenziali, atte a prevenire malattie cronico degenerative. Il servizio ADS deve comprendere un pacchetto di prestazioni indirizzate al sostegno di carattere organizzativo per lo svolgimento tanto delle

	attività di base della vita quotidiana, quanto per lo svolgimento di attività strumentali.
Attività socio-sanitarie	Prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.
Appropriatezza	Riguarda l'adeguatezza di un servizio o prestazione sanitaria a rispondere al bisogno specifico. La programmazione sanitaria distingue tra appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato (che si basa sull'efficacia secondo i principi dell'evidence based medicine) e appropriatezza organizzativa come regime di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse (ottenere le risposte nella sede idonea). Per il cittadino vuol dire ottenere le cose giuste e nella sede giusta. L'appropriatezza è una caratteristica sintetica degli interventi sanitari che integra efficacia, efficienza e opportunità (E.Matera-2003). E' un valore determinante per l'efficacia e l'efficienza di un sistema di servizi.
Autosufficienza e "non autosufficienza"	Si ritiene opportuno adottare una definizione di "autosufficienza" di natura funzionale, che fa riferimento alla capacità della persona di svolgere autonomamente le funzioni essenziali della vita quotidiana. Persona non autosufficiente, quindi, è quella che ha bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (alzarsi dal letto o da una sedia; lavarsi, vestirsi, etc.). Quantunque una definizione univoca di "non autosufficienza" non sia al momento disponibile, ai fini degli interventi di <i>home care</i> si fa riferimento alle persone che non sono in grado di compiere con continuità le attività quotidiane della vita senza un aiuto esterno. Una condizione che si valuta tenendo conto delle funzioni essenziali di vita, articolate in due ambiti: ▪ attività per la cura di sé (<i>Activities of Daily Living</i> - ADL), che consistono in 6 funzioni generali, relative al lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, muoversi in casa, essere continenti, alimentarsi; ▪ attività strumentali (<i>Instrumental Activities of Daily Living</i> - IADL), che consistono in: capacità di usare il telefono, fare la spesa, prepararsi il cibo, avere cura della casa, fare il bucato, usare i mezzi di trasporto, prendere farmaci, gestire il denaro.
Bisogno	Situazione di carenza e/o mancanza sia fisica sia psicologica che porta inevitabilmente ad una situazione di frustrazione da parte dell'individuo coinvolto. Il bisogno può tradursi in una domanda (di beni e/o servizi) volta a colmare la richiesta o rimanere inespresso.
Buono servizio	Una particolare forma di erogazione dei servizi sociali pubblici che concilia il principio di libera scelta dell'utente con la garanzia della qualità e dell'accessibilità economica al servizio. Il buono servizio è un titolo che dà diritto all'utente di ricevere il servizio, a sua scelta, da una delle agenzie che si siano a tal fine accreditate presso l'amministrazione titolare della funzione. L'utilizzo del buono servizio è ancora in fase sperimentale.
Carta dei servizi	Documento di trasparenza rivolto ai cittadini/utenti dall'amministrazione pubblica con il quale essa esplicita i suoi orientamenti, dichiara quali sono le prestazioni che si impegna ad erogare e come intende operare in caso di mancato rispetto delle prestazioni promesse. La Carta dei Servizi ha notevoli implicazioni sulle organizzazioni dal momento che orienta il fornitore a mettere al centro le esigenze dell'utente.
Cooperativa sociale	Organismi disciplinati dalla L. 381/91. Gestiscono servizi sociosanitari e educativi nell'interesse generale della comunità, coniugando i valori della promozione umana e dell'integrazione sociale con l'organizzazione imprenditoriale.
Care giver o referente familiare	Espressione di origine anglosassone che significa letteralmente "<i>donatore di cura</i>"; è la persona che, nell'ambiente domestico, assume l'impegno di cura della persona non autosufficiente, fornisce aiuto e supporto al malato nel suo percorso di recupero fisico, mentale ed affettivo. È in genere un familiare, ma può essere anche un assistente alla persona, un volontario (<i>caregiver non professionali</i>) o un operatore adeguatamente formato (<i>caregiver professionali</i>). Il "caregiver" svolge un ruolo insostituibile, con un'attività che può dirsi

	continuativa per l'intero arco della giornata, con le prevedibili conseguenze su tutti gli aspetti della vita, soprattutto nel caso che il caregiver sia un familiare. Per poter essere un efficace "curante", deve conoscere la malattia e le conseguenze che essa ha nel comportamento del malato. È necessario che acquisisca conoscenza e competenza per essere in grado di affrontare tutti gli ostacoli che la vita quotidiana con il malato presenta. Ha il diritto, pertanto, a ricevere le indicazioni sulle migliori strategie per affrontare i problemi quotidiani, per instaurare un rapporto comunicativo corretto con l'assistito ed ad essere informato sugli obiettivi, la strategia, la cronologia del programma di cura e anche i limiti dello stesso in relazione alle lesioni sofferte dalla persona assistita.
Case manager o responsabile del caso	La figura del Responsabile del Caso ("case manager") è decisa dall'UVI come referente formale della presa in carico all'interno del Piano individualizzato di assistenza, con il compito di garantire continuità assistenziale attraverso il coordinamento e monitoraggio di servizi e professionalità coinvolte nel piano di trattamento. Esso viene identificato generalmente nel Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera scelta, in quanto responsabile della presa in carico della persona.
Cure domiciliari Integrate	(Vedi A.D.I.) È la forma di assistenza domiciliare che richiede diverse competenze professionali sanitarie e sociali al fine di rispondere a esigenze complesse di persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza parziale o totale e che necessitano di una assistenza continuativa di tipo sociosanitario. Prevede altresì la fornitura di farmaci e del materiale di assistenza. Lo scopo è garantire all'utente l'assistenza di cui necessita presso il proprio domicilio o, per favorire le dimissioni, completare trattamenti complessi eseguiti in ospedale o in struttura residenziale. Si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di una somma di prestazioni tra loro integrate, sia sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali. La responsabilità clinica generalmente è attribuita al medico di medicina generale e la sede organizzativa è nel distretto. L'attivazione delle cure domiciliari integrate (ADI) richiede la presa in carico della persona, la previa valutazione multidimensionale del bisogno (VMD) e la definizione di un piano personalizzato di assistenza, con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. Si tratta di cure domiciliari che possono essere di diversa intensità, in relazione alla criticità e alla complessità del caso, possiamo classificare le cure domiciliari integrate (ADI) in 3 livelli: ▪ Cure domiciliari integrate (A.D.I.) di I livello: è costituita da prestazioni di tipo medico, infermieristico, e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati articolati sino a 5 giorni. ▪ Cure domiciliari integrate (A.D.I.) di II livello: le prestazioni devono essere articolate in 6 giorni in relazione alle criticità e complessità del caso. Sono inoltre ADI di II livello le cure delle ulcere di terzo e quarto stadio con medicazioni avanzate, lesioni vascolari croniche e ferite difficili in generale fino alla totale guarigione, trattate con medicazioni avanzate. Sono inoltre di II livello le Cure Domiciliari a tutti i pazienti oncologici, ad eccezione di pazienti in cure palliative seguiti anche dallo specialista di terapia del dolore che rientrano nell'ADI di III livello. ▪ Cure domiciliari integrate di III livello (ad elevata intensità): sono prestazioni a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati su 7 giorni (considerato anche il servizio di pronta disponibilità) (Sla, bambini con problematiche neonatali imponenti, terapie cicliche a malati di fibrosi cistica). Assorbono le prestazioni un tempo definite di Ospedalizzazione domiciliare. Anche le Cure Palliative rientrano nel III livello, in questo caso la responsabilità clinica permane in capo al MMG o PLS che si può avvalere anche del medico che segue la terapia del dolore individuato come da piano PAI dall'UVI. Le cure palliative devono

	essere erogate da un'equipe in possesso di specifiche competenze.
Cure palliative	Palliativo deriva dal latino "pallium": mantello, protezione. Il termine palliativo significa coprire la sofferenza, proteggere il malato dal disagio e dalle sofferenze provocate dalla malattia. Le cure palliative sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria. Le cure palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale. Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di rispettare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine.
Cure prestazionali	Si definiscono "Cure Prestazionali" quelle prestazioni professionali erogate in risposta a bisogni sanitari di tipo medico infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetute nel tempo, ma che non richiedono la valutazione multidimensionale e la compilazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali e non devono essere valute dall' UVI. Possono essere occasionali o cicliche programmate. Le Cure Prestazionali comprendono: l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), l'Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID), l' Assistenza Riabilitativa Domiciliare (ARD). <i>Assistenza Domiciliare Programmata (ADP):</i> consiste nella programmazione sistematica delle visite domiciliari del Medico di Medicina Generale (MMG). La possibilità di attivazione dell'ADP è limitata esclusivamente ai soggetti che presentano le seguenti caratteristiche: 1. impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio per gravi patologie che necessitano di controlli periodici al fine di prevenire riacutizzazioni che richiederebbero il ricorso all'ADI o all'ospedalizzazione. 2. Impossibilità permanente o temporanea a deambulare, impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con i comuni mezzi.
Dimissione protetta	Modalità di dimissione concordata tra l'ospedale e i servizi sanitari territoriali di pazienti in condizioni di non autosufficienza o di incompleta stabilizzazione clinica, che richiedono, a domicilio o in assistenza residenziale, la continuazione delle cure mediche, infermieristiche e riabilitative.
Disabilità	E' necessario fare chiarezza sulla terminologia utilizzata per definire la disabilità. Si è deciso di seguire le indicazioni adottate dall'ISTAT che, a sua volta, fa esplicito riferimento alle definizioni di "menomazione" (danno biologico che una persona riporta a seguito di una malattia, congenita o meno), "disabilità" (incapacità di svolgere le normali attività della vita quotidiana a seguito di menomazione) e "handicap" (svantaggio sociale che deriva dall'avere una disabilità), così come sono illustrate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Così, ad esempio, si evince che una persona su sedia a rotelle è indubbiamente disabile, ma potrebbe potenzialmente non essere handicappata se fosse eliminata ogni sorta di barriera architettonica esistente, in modo da non interdirle l'accesso a nessun campo della vita sociale. In questo modo è possibile stimare le persone disabili ma non quelle handicappate. La condizione di handicap è puramente soggettiva e dipende dalle aspettative di vita e dalle necessità della persona disabile. La nozione di diversamente abile rimanda alla nozione di disabilità. Il termine disabilità si riferisce alla capacità della persona di espletare autonomamente (anche se con ausili) le attività fondamentali della vita quotidiana e si riconduce alla legge 104 del 1992. Il termine invalidità rimanda, invece, al diritto di percepire un beneficio economico in conseguenza di un danno biologico indipendentemente dalla valutazione complessiva di autosufficienza e fa riferimento alla legge 118 del 1971.
Disagio	Qualsiasi problema o situazione che impedisce o limita, parzialmente o totalmente, il naturale processo di sviluppo personale, sociale, culturale, di identità e di autonomia di un individuo.

Discussione del caso	Argomentazione su modalità e caratteristiche del bisogno/disagio, al fine di comprenderlo in vista della migliore strategia di intervento.
Efficienza	[sin.: rendimento, produttività; da non identificare riduttivamente con "volume delle prestazioni"]. Rappresenta la massima capacità produttiva ai minori costi possibili. Il giudizio di efficienza può essere formulato valutando il rapporto tra risultati e risorse, in tal senso si configura come giudizio comparativo circa la capacità di un servizio o di un operatore di produrre gli stessi risultati con minore consumo di risorse rispetto ad altre entità, ovvero di produrre migliori risultati a parità di risorse impegnate.
Efficacia	Rappresenta la capacità di produrre pienamente l'effetto voluto e l'ottenimento stesso dell'effetto; in ambito clinico rappresenta la capacità di modificare positivamente la storia naturale della condizione clinica.
Equipe operativa	E' l'equipe che realizza nel concreto il percorso a domicilio della persona assistita. L'equipe Operativa è specifica e variabile per ogni singolo caso ed è costituita da tutti gli operatori del pubblico e del privato che provvedono all'attuazione del progetto personalizzato. Essa è pertanto costituita dagli operatori che si prendono cura a livello domiciliare del paziente e della sua famiglia; è coordinata in genere dal MMG per la parte sanitaria e dall'assistente sociale dell'ambito territoriale per la parte sociale. A differenza dunque dell'UVI., che è un team "rappresentativo" della complessità del bisogno dell'assistito e che, per essere funzionale, deve essere agile e opportunamente ristretta, l'Equipe operativa" integrata è necessariamente costituita in ogni momento dall'insieme degli operatori che in quel momento si prendono cura del soggetto: di qui, inoltre, la necessità e il rilievo della figura del Case Manager e la complessità dei suoi compiti.
Grado di autonomia	Indipendenza. Capacità di gestire e di provvedere al processo di crescita individuale, utilizzando le proprie potenzialità e le risorse disponibili e senza subire le influenze esterne ed estranee.
Grado di invalidità	Livello (solitamente espresso in percentuale) di autonomia (fisica e/o psichica) dell'individuo, certificata da apposita commissione sanitaria. Vedi invalidità.
Indicatore	Caratteristica qualitativa (confrontabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di costruire ipotesi, dare giudizi. Il risultato dell'osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento, definisce il 'valore' o la misura dell'indicatore.
Indicatore della Situazione Economica (ISE)	Previsto dal D.L. 109/1998 l'ISE, è uno strumento per la definizione della condizione economica del singolo o del nucleo familiare per l'accesso ai benefici e alle esenzioni previsti nell'erogazione di prestazioni sociali, assistenziali, sanitarie e socio-sanitarie e individua i criteri in base ai quali un soggetto può chiedere di usufruirne. Tali servizi sono resi dalle pubbliche amministrazioni e non sono destinati alla generalità dei cittadini e/o prevedono tariffe agevolate o esenzioni.
Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE)	Strumento che consente di selezionare i potenziali utilizzatori del servizio in ordine alle condizioni reddituali, familiari e/o di far partecipare, proporzionalmente alle proprie risorse, i potenziali utilizzatori, al fine di garantire l'universalità o, almeno, l'allargamento di accesso alle prestazioni. Lo strumento consente di omogeneizzare la base informativa necessaria a definire i criteri di selettività e/o grado di partecipazione nell'accesso alle prestazioni agevolate, consentendo un miglior utilizzo delle risorse pubbliche (D. Lgs. 109/98, D. Lgs. 130/00, art 25 L 328/00).
Indice	Il risultato di un'operazione di elaborazione di indicatori statistici o sociali che descrivono le caratteristiche di un oggetto di ricerca, che sintetizza in maniera unitaria le diverse dimensioni studiate.
Indice di dipendenza strutturale	Il rapporto tra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.
Indice di dipendenza strutturale degli anziani	Il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.
Indice di vecchiaia	Il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione di 0-14 anni, moltiplicato per 100.

Indice di case-mix	Indice che esprime la complessità dei casi trattati dall'unità operativa (ospedaliera o territoriale) in rapporto alla complessità media dell'insieme delle unità operative che si occupano della stessa tematica (nella stessa struttura o in rapporto a tutte le strutture di un dato contesto, ad esempio italiano). Valori superiori all'unità indicano una complessità della casistica superiore a quella di riferimento.
Lavoro di rete	Attività svolta in un regime di cooperazione fra le parti di una stessa equipe oppure fra diversi attori sociali, che hanno in comune il raggiungimento di determinati obiettivi in misura ottimale. Basato principalmente su contributi sociologici e antropologici che hanno dato corpo alla network analysis (Barnes, Mitchel, Granovetter) può essere definito come l'insieme degli interventi diretti a facilitare le sinergie fra i principali attori coinvolti nel miglioramento del livello di benessere delle persone e della comunità. La qualità di un sistema (ad es. una famiglia) può migliorare se il sistema stesso ha la possibilità di interconnettersi con altri in un processo di scambio di risorse e reciproci stimoli al cambiamento, questa prospettiva viene detta di community care. Un esempio di lavoro di rete è costituito dalle sperimentazioni relative ai programmi territoriali per alcolopatie, dove l'intervento è caratterizzato dal coinvolgimento della comunità circostante le famiglie interessate, dalla promozione di iniziative di sensibilizzazione verso la comunità, favorendo contatti con e tra gli operatori dei servizi socio-sanitari.
Livelli Essenziali di Assistenza – LEA	L'insieme delle prestazioni e dei servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. I LEA sono organizzati in tre grandi Aree: - l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale); - l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche); - l'assistenza ospedaliera, in ospedali per acuti, in ricovero ordinario e in ricovero diurno (day hospital e day surgery), in pronto soccorso, in ospedali per la lungodegenza e la riabilitazione, in ricovero ordinario e in ricovero diurno (day hospital).
LIVEAS (Livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale)	La Legge 328 (art. 22) assegna allo Stato il compito di definire i livelli essenziali di assistenza socio-assistenziale (LIVEAS) che devono, sull'intero territorio nazionale, essere garantiti a tutti i cittadini sulla base di comuni standard. L'articolo 22 prevede che il sistema integrato di interventi e servizi sociali garantisca al cittadino, nell'ambito del Distretto socio-sanitario, l'erogazione di alcune prestazioni che rappresentano i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza sociale. Questi livelli essenziali garantiscono un sistema di prestazioni e servizi sociali idonei a garantire alle persone e alle famiglie qualità della vita e cittadinanza sociale, nonché pari opportunità e tutela ai soggetti più deboli. I LIVEAS (Livelli Essenziali Assistenza Socio-assistenziale) si basano su alcuni principi: - mantenere un approccio universalistico ai bisogni sociali, pur nel rispetto degli obiettivi di priorità sociali individuati dalla Legge e definiti nel Piano Sociale Nazionale; - necessità che la risposta ai bisogni sociali sia una risposta partecipata (ruolo del cittadino/utente, ruolo della famiglia, ruolo dei soggetti sociali e del Terzo Settore) basata su una progettazione che parte dalla Comunità Locale e da essa soggetta a verifica costante (piani di zona); - impostare la progettazione degli interventi e dei servizi sociali in modo da garantire flessibilità e versatilità delle risposte nel rispetto dei principi cardine della personalizzazione e dell'approccio globale (integrazione sociosanitaria).
Marginalità	Indica una condizione statica o uno status sociale, cioè una condizione di fatto, che a volte implica o presuppone l'emarginazione e a volte vi conduce. Marginali sono quegli status sociali che comportano, per persone o gruppi, il vivere in condizioni diverse e solitamente peggiori da quelle della società nel suo complesso; la marginalità comporta riduzione delle aspettative di affermazione sociale, minore responsabilità sociale, minore partecipazione alla vita e alle decisioni collettive.

Outcome	Il termine 'outcome' è impiegato per descrivere gli esiti degli interventi sanitari. Le misure di outcome si differenziano dai prodotti/output e riguardano gli esiti sociosanitari di intervento, che producono effetti a breve/medio termine sulla salute dell'individuo.
Ospedalizzazione domiciliare	Espressione ormai da considerarsi superata, in quanto rientrante nelle cure domiciliari di III livello, così come la cosiddetta "Ospedalizzazione domiciliare a malati terminali". La collocazione elettiva delle cure domiciliari, infatti, è nel LEA Assistenza distrettuale, anche quando vengono forniti apporti ospedalieri (risorse umane, tecnologie).
Porta Unitaria d'accesso (P.U.A.)	La Porta Unitaria di Accesso è una modalità organizzativa volta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. La Porta Unitaria di Accesso deve tendere a superare una serie di barriere psicologiche, culturali e fisiche spesso determinate da una rete di offerta caratterizzata dalla scarsa informazione e coordinamento tra le varie Agenzie, Istituzioni e Unità Operative. Il servizio si configura come una struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona, attraverso sportelli unificati per l'accesso a tutti i servizi socio sanitari territoriali, con attenzione all'ascolto delle persone e vigilanza sul rischio di burocratizzazione del servizio. Le principali funzioni: informazione, orientamento, accompagnamento, presa in carico Nell'ottica del Punto Unico di Accesso, 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 e articolato".
Presa in carico	È un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie, che il Servizio sanitario mette in atto per rispondere a bisogni di salute complessi e che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità. La "presa in carico" è legata alla "complessità" dei bisogni, della domanda, della valutazione dei bisogni e dell'offerta e, a tale complessità, è strettamente legato il concetto di "unitarietà". La complessità, infatti, richiede "<u>unitarietà</u>" di azioni nei diversi livelli di intervento (tra soggetti istituzionali; tra soggetti professionali; tra i diversi attori che operano nel contesto socio-ambientale: famiglia, ambiente sociale, comunità). La complessità richiede "<u>continuità</u>" tra i bisogni, espressi da una domanda, e le risposte rappresentate dall'offerta di servizi; di risposte modulate nella loro gradualità e modulate nel tempo. Si "prende in carico" la <u>persona</u>, nella sua globalità, e con i <u>bisogni</u> 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).
Progetto Personalizzato	E' lo strumento di attuazione della presa in carico. Scopo del Progetto Personalizzato è quello di superare le "logiche prestazionali" a favore di globalità e continuità assistenziale, coinvolgendo gli attori interessati su progetti di cura, intorno ai bisogni della persona. Elaborato dall'UVI per ognuno dei cittadini presi incarico, in seguito alla valutazione multidimensionale, tiene conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. Il Progetto Personalizzato è redatto su apposito modulo predefinito digitale. L'UVI è responsabile del Progetto Personalizzato e ne verifica l'attuazione mediante il <i>Case manager o Responsabile del caso</i>. Nella redazione del Progetto Personalizzato alle figure professionali dell'UVI già descritte può aggiungersi, sulla base dei regolamenti specifici, un referente dell'Equipe Operativa Il Progetto Personalizzato deve definire esplicitamente e in maniera analitica: ▪ gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo alla persona assistita che ai suoi familiari; ▪ in rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-lieve) dell'intervento e le figure professionali impegnate; ▪ titolarità, competenze e responsabilità di spesa ▪ le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento ▪ le competenze e funzioni del referente familiare ▪ la durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale

	- le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi - Consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.
Rete	Unione degli intenti, degli sforzi, delle risorse e dei mezzi di più soggetti diversi (formali, informali, pubblici o privati) per realizzare obiettivi comuni, azioni, interventi. Per l'area sanitaria e sociosanitaria il modello "a rete" è imprescindibile in quanto la complessità di servizi e professionisti si devono ricomporre intorno al bisogno della persona.
Unità di Valutazione Integrata (UVI.)	L'Unità di Valutazione Integrata (UVI.) è un'equipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, composta da personale dell'ASL e dei Comuni . All'UVI devono partecipare i seguenti componenti: - M.M.G./PLS e assistente sociale individuato dall'Ambito Territoriale, entrambi responsabili della presa in carico del cittadino/utente; - Medico dell'UO distrettuale e referente per l'integrazione sociosanitaria dell'Ufficio di Piano, entrambi delegati alla spesa per le parti di ciascuna competenza, su provvedimento, rispettivamente, del Direttore del Distretto Sanitario e del Coordinatore dell'Ufficio di Piano. L'UVI può essere integrata, con le modalità previste nel regolamento, da altre figure specialistiche legate alla valutazione del singolo caso. L'UVI effettua la valutazione multidimensionale evidenziando le esigenze sia sanitarie che sociali di natura complessa per la definizione del progetto sanitario personalizzato e della presa in carico integrata e svolge i seguenti compiti: 1) effettua la valutazione multidimensionale del grado di autosufficienza e dei bisogni assistenziali dell'utente e del suo nucleo familiare; 2) elabora il progetto socio-sanitario personalizzato che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela; 3) verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato".
Valutazione	Analisi sistematica e scientifica dei dati collegati all'attuazione del programma, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza del programma stesso. Con la valutazione si verificano i benefici raggiunti, rispetto alle risorse impiegate e agli obiettivi preposti, nonché l'adeguatezza delle strategie attuate per il raggiungimento degli stessi risultati. Può fare riferimento a standards, scale qualitative e oggettive ed impiega tecniche e strumenti vari.
Valutazione dei risultati	Verifica attuata alla fine del progetto e serve per definire i reali effetti prodotti sull'utente. Tale verifica confronta la situazione iniziale della popolazione con quella finale e con gli obiettivi posti.
Valutazione ex ante	E' realizzata prima dell'approvazione e della successiva implementazione di un piano o progetto; in questo caso la valutazione aiuta i decisori a selezionare e scegliere fra progetti alternativi.
Valutazione in itinere	Si intende la raccolta di informazioni utili alla gestione del progetto, allo sviluppo delle decisioni necessarie per correggere gli eventuali errori prodotti durante la realizzazione concreta degli interventi.
Valutazione ex post	Valutazione di un intervento dopo che è stato completato. L'obiettivo è quello di studiare se e come il progetto abbia raggiunto gli obiettivi prefissati, nonché di immaginare soluzioni adeguate per interventi simili in futuro.
Valutazione di impatto	Consente di valutare l'insieme degli effetti prodotti da un intervento, un'azione, un progetto sul/nel contesto/ambiente di riferimento. L'impatto mostra quali effetti può produrre un intervento nell'ambiente circostante inteso in senso lato (sociale, economico ecc.). Attraverso la valutazione di impatto si cerca cioè di prevedere quali saranno i costi ed i benefici nel caso in cui si verifichino delle modifiche di uno stato di fatto.
Valutazione Multidimensionale	Processo di tipo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di salute di un soggetto e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità. Questo approccio diagnostico esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale.

Voci di costo delle cure domiciliari	Esse comprendono: il costo del personale a vario titolo impiegato;il costo del materiale di consumo utilizzato;l'ammortamento delle apparecchiature sanitarie e degli automezzi necessari per il trasporto degli operatori;i costi generali (costi amministrativi di personale e di segreteria,affitti,canoni e altri oneri di gestione,oneri di installazione e manutenzione delle apparecchiature). A questi costi vanno sempre considerati i costi sostenuti dal paziente e dal caregiver. La variabilità dei costi delle cure domiciliari è legata principalmente ai seguenti fattori:tipo e gravità della/e patologie;grado di autonomia e condizioni socio-sanitarie;durata dell'assistenza;intensità assistenziale(frequenza di accessi);tecnologie impiegate;risorse umane impiegate.
---	--

LEGENDA DEGLI ACRONIMI

ADI: Assistenza Domiciliare Integrata

CDI: Cure Domiciliari Integrate

CP: Cure Prestazionali

DP: Dimissione Protetta

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria

LIVEAS: Livelli Essenziali di Assistenza Sociale

MMG: Medico di Medicina Generale (**=MAP:** Medico di Assistenza Primaria)

PAI: Piano Assistenziale Individualizzato

PAT: Programma delle Attività Territoriali

PdZ: Piano di Zona

PLS: Pediatria di Libera Scelta

PO: Presidio Ospedaliero

PP: Progetto Personalizzato

PUA: Porta Unitaria di Accesso

SAD (=ADS, ADA): Servizio Domiciliare socio-assistenziale

SVAMA: Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano

UO: Unità Operativa

UVI: Unità di Valutazione Integrata

VMD: Valutazione Multidimensionale

ALLEGATO 2

PRESTAZIONI SANITARIE - TABELLE RIEPILOGATIVE

ASSISTENZA MEDICO SPECIALISTICA

Tab. 1 - Prestazioni MMG/PLS

1. Prima visita domiciliare(compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Valutazione dell'ambiente domestico
8. Prescrizione terapeutica
9. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
10. Prelievo ematico
11. Terapia iniettiva intramuscolare
12. Terapia iniettiva sottocutanea
13. Terapia sottocutanea in infusione
14. Terapia iniettiva endovenosa
15. Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica
16. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
17. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
18. Posizionamento catetere venoso periferico
19. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
20. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
21. Assistenza/Gestione pompa infusionale
22. Irrigazione dell'orecchio
23. Verifica parametri nutrizionali
24. Anamnesi dietologica
25. Formulazione dieta personalizzata
26. Valutazione della disfagia
27. Medicazioni semplici(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
28. . Medicazioni complesse(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
29. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
30. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
31. Toilette lesioni/ferita superficiale
32. Toilette lesioni/ferita profonda
33. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
34. Svuotamento di ematomi
35. Incisione con drenaggio sottocutaneo
36. Drenaggio raccolta asessuale
37. Bendaggio elastocomprendivo
38. Anestesia locale
39. Sutura ferite
40. Rimozione dei punti/graff di sutura
45. Emotrasfusione
46. Broncoaspirazione
47. Controllo parametri ventilatore
48. Prelievo di sangue capillare
49. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie(es. urine, esame colturale ecc.)
50. Sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone
51. Posizionamento/sostituzione SNG
52. ECG
53. Posizionamento/Sostituzione/Gestione Cateterismo Vescicale
54. Valutazione del ristagno vescicale
55. Esplorazione rettale
56. Gestione di cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
57. Colloquio con familiare/care giver
58. Colloquio con il medico curante
59. Colloquio con medico specialista
60. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
62. Consulenze specialistiche
63. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
64. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2 Prestazioni dei Medici Specialistici
--

Tab. 2.1 Prestazione di Geriatria – Medicina Interna

1. Prima visita domiciliare(compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
8. Prescrizione ausili e protesi
9. Prescrizione terapeutica
10. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
11. Prelievo ematico
12. Terapia iniettiva intramuscolare
13. Terapia iniettiva sottocutanea
14. Terapia sottocutanea in infusione
15. Terapia iniettiva endovenosa
16. Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica
17. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
18. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
19. Posizionamento catetere venoso periferico
20. Posizionamento cateterino sottocutaneo
21. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
22. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
23. Assistenza/Gestione pompa infusionale
24. Irrigazione dell'orecchio
25. Verifica parametri nutrizionali
26. Anamnesi dietologica
27. Formulazione dieta personalizzata
28. Valutazione della disfagia
29. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale entrale
30. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
31. Medicazioni semplici(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
32. Medicazioni complesse(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
33. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
34. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
35. Toilette lesioni/ferita superficiale
36. Toilette lesioni/ferita profonda
37. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
38. Svuotamento di ematomi
39. Incisione con drenaggio sottocutaneo
40. Drenaggio raccolta asessuale
41. Bendaggio elastocompressivo
42. Anestesia locale
43. Anestesia periferica tronculare
44. Infiltrazione punti trigger
45. Sutura ferite
46. Rimozione dei punti/graff di sutura
47. Emotrasfusione
48. Toracentesi
49. Paracentesi
50. Artrocentesi
51. Sostituzione cannula tracheale
52. Broncoaspirazione
53. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
54. Controllo parametri ventilatore
55. Prelievo di sangue capillare
56. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie(es. urine, esame colturale ecc.)
57. Sostituzione PEG con sistema di ancoraggio a bottone
58. Posizionamento/sostituzione SNG
59. ECG
60. Posizionamento/Sostituzione/Gestione Cateterismo Vescicale
61. Valutazione del ristagno vescicale
62. Esplorazione rettale
63. Gestione di cateterismo sovrappubico o altre derivazioni urinarie
64. Impostazione dialisi peritoneale
65. Colloquio con familiare/care giver

66. Colloquio con il medico curante
67. Colloquio con medico specialista
68. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche- passaggio di informazioni – consegne)
69. Consulenze specialistiche
70. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
71. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2.2 - Prestazione di Medicina fisica e riabilitativa

1. Prima visita domiciliare(compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Esecuzione di test / scale di valutazione (FIM)
4. Definizione del trattamento riabilitativo in sede di Unità di valutazione
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
7. Prescrizione ausili e protesi
8. Monitoraggio periodico dell'andamento del trattamento
9. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
10. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
11. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
12. Colloquio con familiare/care giver
13. Colloquio con il medico curante
14. Colloquio con medico specialista
15. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
16. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
17. Consulenze specialistiche
18. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 2.3 – Prestazione di Medico specialista esperto in cure palliative-anestesista rianimatore

1. Prima visita domiciliare(compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico (monitoraggio segni e sintomi)
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Prescrizione terapeutica
8. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
9. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci(pompe, elastomeri, altro)
10. Valutazione dell'ambiente domestico per una corretta prescrizione e utilizzo dei presidi
11. Prescrizione ausili e protesi
12. Monitoraggio dei sintomi
13. Terapia iniettiva intramuscolare
14. Terapia iniettiva sottocutanea
15. Terapia sottocutanea in infusione
16. Terapia iniettiva endovenosa
17. Terapia infusionale con necessità di sorveglianza medica
18. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
19. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
20. Posizionamento catetere venoso periferico
21. Posizionamento cateterino sottocutaneo
22. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
23. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
24. Assistenza/Gestione pompa infusionale
25. Gestione cateteri spinali
26. Istillazione genitourinaria
27. Irrigazione dell'orecchio
28. Valutazione della disfagia
29. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale enterale
30. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
31. Prelievo ematico
32. Prelievo di sangue capillare
33. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie(es. urine, esame colturale ecc.)
34. Medicazioni semplici(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
35. Medicazioni complesse(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
36. Toilette lesioni/ferita superficiale
37. Toilette lesioni/ferita profonda

38. Courettage e o rimozione unghia/matrice ungueale
39. Svuotamento di ematomi
40. Incisione con drenaggio sottocutaneo
41. Anestesia locale
42. Anestesia periferica tronculare
43. Infiltrazione punti trigger
44. Sutura ferite
45. Rimozione dei punti/graff di sutura
46. ECG
47. Sostituzione cannula tracheale
48. Broncoaspirazione
49. Impostazione ventilazione meccanica domiciliare
50. Posizionamento/sostituzione SNG
51. Sostituzione di PEG con sistema di ancoraggio a bottone
52. Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicole
53. Valutazione del ristagno vescicole
54. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
55. Impostazione dialisi peritoneale
56. Controllo parametri ventilatori
57. Esplorazione rettale
58. Paracentesi
59. Toracentesi
60. Artrocentesi
61. Emotrasfusione
62. Colloquio con familiare/care giver
63. Colloquio con il medico curante
64. Colloquio con medico specialista
65. Confronto con l'équipe(riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
66. Consulenze specialistiche
67. Certificazioni ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile
68. Visita di cordoglio – Supporto al lutto
69. Rendicontazione dell'attività svolta

ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Tab. 3 – Prestazioni Infermieristiche

1. Prima visita domiciliare(compilazione cartella clinica + anamnesi + esame obiettivo + rilevazione parametri vitali)
2. Visita programmatica di controllo
3. Visita in urgenza
4. Rilevazione di test / scale di valutazione (dolore, grado di autonomia ecc.)
5. Compilazione diario clinico infermieristico
6. Stesura di un piano assistenziale
7. Educazione del care giver alle attività di nursing (cure igieniche, assistenza ai bisogni primari ecc.)
8. Istruzione del care giver alla gestione di una terapia
9. Educazione del care giver alla gestione di dispositivi per la somministrazione di farmaci(pompe, elastomeri, altro)
10. Valutazione dell'ambiente domestico
11. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilitazione del paziente
12. Applicazioni di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
13. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
14. Educazione del care giver alla prevenzione di lesioni cutanee
15. Educazione del care giver alla gestione di derivazioni urinarie
16. Educazione del care giver alla gestione di enterostomie
17. Prelievo ematico da sangue capillare (dtx)
18. Prelievo ematico
19. Esecuzione altre indagini bioumorali routinarie (es. urine, esame colturale ecc.)
20. Gestione tracheotomia
21. Educazione del care giver alla broncoaspirazione
22. Broncoaspirazione
23. Medicazioni semplici(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche, cavo orale ecc.)
24. Medicazioni complesse(lesioni cutanee da pressione, vascolari, neoplastiche, post chirurgiche, post attiniche ecc.)
25. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
26. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
27. Toilette lesioni/ferita superficiale
28. Terapia iniettiva intramuscolare
29. Terapia iniettiva sottocutanea

30. Terapia sottocutanea in infusione
31. Terapia iniettiva endovenosa
32. Terapia iniettiva endovenosa in infusione
33. Terapia iniettiva per via epidurale/spinale estemporanea ed infusione continua
34. Posizionamento catetere venoso periferico
35. Posizionamento cateterino sottocutaneo
36. Gestione cateterismo sottocutaneo/venoso periferico
37. Gestione cateterismo venoso centrale / sist. Port-a-cath
38. Assistenza/Gestione pompa infusoriale
39. Gestione cateteri spinali
40. Istillazione genitoruinaria
41. Irrigazione dell'occhio
42. Irrigazione dell'orecchio
43. Valutazione della disfagia
44. Posizionamento / sostituzione SNG
45. Gestione SNG
46. Valutazione del ristagno gastrico
47. Somministrazione di terapia tramite SNG – PEG
48. Controllo periodico del sistema di ancoraggio della PEG
49. Posizionamento/sostituzione/gestione Cateterismo Vescicole
50. Valutazione del ristagno vescicole
51. Gestione cateterismo sovrapubico o altre derivazioni urinarie
52. Impostazione dialisi peritoneale
53. Gestione alvo (intervento educativo igienico – alimentare)
54. Gestione alvo (Clistere evacuativo Evacuazione manuale)
55. Esplorazione rettale
56. Gestione enterostomie
57. Gestione drenaggi
58. Irrigazione intestinale
59. Gestione derivazioni urinarie
60. ECG
61. Colloquio con familiare/care giver
62. Colloquio con il medico curante
63. Colloquio con medico specialista
64. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
65. Visita di cordoglio – Supporto al lutto
66. Rendicontazione dell'attività svolta

ASSISTENZA RIABILITATIVA

Tab. 4 Prestazioni Riabilitative

Tab. 4.1 – Prestazioni Fisioterapiche

1. Esecuzione di test / scale di valutazione (FIM)
2. Valutazione dell'ambiente domestico
3. Istruzione utilizzo ausili e protesi
4. Istruzione del paziente o del care giver all'utilizzo di ausili per la deambulazione e valutazione ambinetale
5. Educazione del care giver ad interventi adattivi che rendano più sicuri e fruibili gli ambienti domestici
6. Educazione del care giver all'utilizzo di ausili per la mobilizzazione del paziente
7. Educazione del care giver alla corretta mobilizzazione / corretta postura del paziente
8. Applicazione di misure profilattiche a pazienti con ridotta compliance
9. Compilazione diario clinico
10. Trattamento di rieducazione motoria del paziente emiplegico
11. Trattamento di rieducazione motoria del paziente ortopedico
12. Trattamento di rieducazione motoria del paziente amputato
13. Trattamento di rieducazione globale del paziente portatore di patologia neurodegenerativa
14. Rieducazione respiratoria
15. Rieducazione alla tosse assistita
16. Trattamento di rieducazione respiratoria
17. Trattamento di rieducazione alla tosse assistita
18. Terapia fisica
19. Bendaggio con doccia di immobilizzazione
20. Fasciature semplici, bendaggi, bendaggi adesivo elastici
21. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
22. Colloquio con familiare/care giver
23. Contatto con lo specialista

24. Rendicontazione attività svolta

Tab. 4.2 - Logopedia

1. Valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo afasico
2. Valutazione delle alterazioni del linguaggio di tipo disartico
3. Esecuzione di test / scale di valutazione
4. Stesura di un piano assistenziale
5. Rieducazione al linguaggio
6. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
7. Monitoraggio del disturbo
8. Valutazione della disfagia
9. Colloquio con familiare/care giver
10. Colloquio con lo specialista
11. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
12. Rendicontazione dell'attività svolta

Tab. 4.3 - Terapista Occupazionale

1. Stesura di un piano assistenziale
2. Rieducazione disturbi neuropsicologici (memoria ed attenzione)
3. Recupero delle abilità riferite alle attività quotidiane
4. Colloquio con familiare/care giver
5. Colloquio con lo specialista
6. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
7. Rendicontazione dell'attività svolta

EDUCAZIONE ALL'ALIMENTAZIONE

Tab. 5 Prestazioni del dietista
--

1. Anamnesi dietologica
2. Verifica parametri nutrizionali
3. Formulazione dieta personalizzata
4. Valutazione disfagia
5. Stesura di un piano assistenziale
6. Istruzione alla preparazione di dieta a consistenza modificata
7. Istruzione alla somministrazione dei pasti con posture facilitanti
8. Monitoraggio del disturbo disfagico
9. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale entrale
10. Impostazione e monitoraggio di un programma di nutrizione artificiale parenterale
11. Istruzione alla gestione domiciliare di un programma di nutrizione entrale
12. Istruzione alla gestione di una sonda nutrizionale
13. Somministrazione di terapia tramite SNG –PEG
14. Monitoraggio del programma nutrizionale
15. Valutazione del ristagno gastrico
16. Contatti con gli specialisti
17. Colloquio con il familiare / caregiver
18. Contatti con i medici di medicina generale
19. Confronto con l'équipe (riunioni periodiche – passaggio di informazioni – consegne)
20. Rendicontazione dell'attività svolta
21. Consulenze

ASSISTENZA PSICOLOGICA

Tab. 6 Prestazioni dello psicologo

1. Terapia di supporto ai pazienti e ai familiari
2. Consulenza individuale agli operatori delle équipe
3. Attività di supervisioni di équipe
4. Colloqui per sostegno ed elaborazione del lutto

ASSISTENZA ALLA PERSONA

Tab. 7 OSS

1. Igiene personale a persone allettate o con lesioni cutanee
2. Bagno assistito
3. Posizionamento e mobilizzazione
4. Supporto alle prestazioni infermieristiche
5. Bagno a letto (allettato./con disabilità fisiche gravi)
6. Bagno complesso in vasca/doccia (non autosufficiente)
7. Rimessa a letto complessa (carrozzina/non deambulante)
8. Mobil passiva semplice e al letto
9. Deambulazione. Assistita
10. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
11. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
12. Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore, lagnanze etc) e registrazione in cartella x MMG
13. Somministrazione farmaci per os e registrazione in cartella
14. Piccole medicazioni, prevenzione piaghe
15. Controllo parametri vitali e indici corporei con apparecchi sanitari di semplice uso e registrazione in cartella.
16. Prevenzione incidenti domestici
17. Lavaggio dei capelli a letto (allettato non collaborante)
18. Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG
19. Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore, lagnanze etc) e registrazione in cartella x MMG

ALLEGATO 3

PRESTAZIONI SOCIALI - TABELLE RIEPILOGATIVE

Tab .1 AREA CURA DELLA CASA/PRESTAZIONI DOMESTICHE

- Spesa e preparazione pasti (O.S.A.)
- Igiene della casa ordinaria e straordinaria (O.S.A.)
- Lavaggio, stiratura e riordino della biancheria (O.S.A.)

Tab.2 AREA DISBRIGO PRATICHE/ACCOMPAGNAMENTI/AIUTI ECONOMICI/VIGILANZA

- Telefonia sociale (operatore amministrativo)
- Accompagnamento per pratiche socio-assistenziali (Assistente Sociale – O.S.A.)
- Svolgimento commissioni (O.S.A. – Volontari)
- Sostegno per la fornitura o l'acquisto, su richiesta, di alimentari, di indumenti, biancheria e di generi diversi, nonché di strumenti o ausili per favorire l'autonomia (O.S.A. – Volontari)
- Accompagnamento semplice, breve o lungo, per la vita di relazione e nell'accesso ai servizi (Volontari)
- Accompagnamento con trasporto, breve o lungo, per esigenze sanitarie, visite mediche, accertamenti diagnostici (O.S.A.)
- Prestazioni di aiuti economici (Assistente Sociale)
- Vigilanza e compagnia, anche per sollievo familiare (O.S.A. – Volontari)
- Telesoccorso e telecontrollo (assistente sociale – psicologo – medico)

Tab.3 AREA TUTORAGGIO EDUCATIVO

- Supporto ai problemi di apprendimento e integrazione scolastica dei minori diversamente abili (Educatore Prof.)
- Sostegno educativo alla coppia genitoriale o al singolo genitore nei riguardi del figlio minore diversamente abile (Educatore Professionale)
- Sostegno ed indirizzo rispetto alla gestione familiare in presenza di figli diversamente abili che necessitano di ausilio sul piano dei processi di socializzazione (Assistente Sociale)
- Attività di sostegno psico-sociale (Psicologo)
- Aiuto nella fruizione di opportunità e servizi diretti ai minori (Tutor – Volontari)
- Sostegno ed accompagnamento all'interno di un progetto di recupero relazionale ed educativo (Psicologo – Educatore Professionale)

Tab .4 AREA ASSISTENZA TUTELARE E AIUTO INFERMIERISTICO

Alzata a elevata complessità assistenziale (allettato/non collaborante) (OSA)
Alzata a media complessità assistenziale (carrozzina/limiti nella deambulazione) (OSA)
Alzata semplice (parzialmente autonomo, deambulazione assistita) (OSA)
Igiene orale (incluso nell'alzata) (OSA)
Rifacimento letto e cambio biancheria (incluso nell' alzata) (OSA)
Igiene intima a letto di media /alta complessità assistenziale (OSS)
Igiene intima in bagno di semplice complessità assistenziale (OSA)
Lavaggio dei capelli a letto (allettato/non collaborante) (OSS)
Lavaggio dei capelli in bagno in caso di semplice complessità assistenziale (OSA)
Igiene dei piedi (OSA)
Bagno a letto (allettato/con disabilità fisiche gravi) (OSS)
Bagno complesso in vasca /doccia (non autosufficiente ma che può essere accompagnato in bagno) (OSS)
Bagno semplice (parzialmente autosufficiente deambulazione assistita) (OSA)
Rimessa a letto complessa (carrozzina/non deambulante) (OSS)
Rimessa a letto semplice (parzialmente autonomo/deambulazione assistita) (OSS)
Mobilizzazione passiva semplice e a letto (OSS)
Deambulazione assistita (OSS)
Preparazione e aiuto assunzione del pasto /cena (OSA)
Preparazione e aiuto assunzione della colazione (OSA)
Vigilanza su corretta assunzione farmaci e registrazione in cartella di eventuali problemi per MMG (OSA-OSS)
Controllo stato soggettivo (salute, vigilanza, umore,lagnanze etc) e registrazione in cartella per MMG (OSA-OSS)
Somministrazione farmaci per orale e registrazione in cartella (OSS)
Piccole medicazioni , prevenzione piaghe (OSS)
Controllo parametri vitali e indici corporei con apparecchi sanitari di semplice uso e registrazione in cartelle (OSS)
Prevenzione incidenti domestici (OSS)

SERVIZI E PRESTAZIONI DOMICILIARI

COME DEFINITI NEL NOMENCLATORE E NEL REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE DELLA LR 11/07

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA CON SERVIZI SANITARI	
TIPOLOGIA	Il servizio di assistenza domiciliare integrata consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento. L'accesso alle prestazioni di assistenza domiciliare avviene attraverso la Unità di Valutazione Integrata. Il soggetto erogatore, per essere abilitato, dovrà avere un'esperienza di almeno tre anni nel settore per il quale si richiede l'autorizzazione, maturata nell'ultimo quinquennio precedente alla data di presentazione della dichiarazione di cui all'art. 11.
PRESTAZIONI	Il servizio comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale e sanitario che si articolano per aree di bisogno. Esso è rivolto prevalentemente a persone affette da malattie croniche invalidanti e/o progressivo-terminali. Il servizio può comprendere prestazioni, quali: - aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane; - infermieristiche; - riabilitative e riattivanti, da effettuarsi sotto il controllo del personale medico; - sostegno alla mobilità personale.
ORGANIZZAZIONE	Il servizio di assistenza domiciliare integrata deve articolarsi in maniera da garantire la massima fruibilità da parte di tutti i cittadini, prevedendo la presenza del servizio per ognuno degli ambiti territoriali.
PERSONALE	Operatori socio – sanitari e altre figure eventualmente necessarie in funzione dei Progetti personalizzati di intervento definiti dalla UVI.

ASSISTENZA DOMICILIARE SOCIO - ASSISTENZIALE	
TIPOLOGIA	Il servizio di assistenza domiciliare consiste in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione. Il servizio comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale articolate per aree di bisogno: assistenza domiciliare socio-educativa per minori e famiglie, assistenza domiciliare per diversamente abili, assistenza domiciliare per anziani.
PRESTAZIONI	Sono prestazioni di assistenza domiciliare: - aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane; - sostegno alla funzione educativa genitoriale; - sostegno alla mobilità personale; - prestazioni di aiuto per famiglie che assumono compiti di accoglienza e di cura di Diversamente abili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani. Le attività di assistenza consistono in: - aiuto per l'igiene e la cura della persona; - aiuto per la pulizia della casa; - lavaggio e cambio della biancheria; - preparazione dei pasti; - aiuto nello svolgimento di pratiche amministrative e di accompagnamento

	presso uffici; - sostegno per la fornitura o l'acquisto, su richiesta, di alimentari, indumenti, biancheria e di generi diversi nonché di strumenti o tecnologie per favorire l'autonomia; - attività di accompagnamento presso familiari e vicini e presso luoghi di interesse culturale o sportivo, finalizzata a mantenere o ristabilire relazioni affettive e sociali; - tutoraggio educativo; - attività di sostegno psicologico.
ORGANIZZAZIONE	Il servizio di assistenza domiciliare deve articolarsi in maniera da garantire la massima fruibilità da parte di tutti i cittadini, prevedendo la presenza del servizio per ognuno degli Ambiti territoriali.
PERSONALE	- Coordinatore del servizio in possesso di uno dei seguenti titoli di laurea: psicologia, sociologia, scienze dell'educazione, scienze del servizio sociale; - Operatori in possesso di idonea qualifica professionale compresa in atti che definiscono il sistema delle professioni sociali della regione Campania; - Altre figure eventualmente necessarie in funzione del piano individualizzato assistenziale/educativo.

TELEFONIA SOCIALE	
TIPOLOGIA	Il servizio di Telefonia Sociale è un servizio finalizzato a limitare la condizione d'isolamento nella quale le persone ultrasessantenni possono trovarsi per situazioni tanto di disagio ambientale e socio-economico quanto di precarietà delle condizioni di psico-fisiche. Il servizio tende a limitare il rischio di emarginazione sociale, condizione che spesso caratterizza gli anziani anche autosufficienti, orientandoli e fornendo informazioni che favoriscano la continuità delle relazioni sociali e la comunicazione con il sistema dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari territoriali.
PRESTAZIONI	Sono prestazioni di assistenza domiciliare: - attività di attivazione di un numero verde; - attività di messa in rete del servizio con i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari territoriali; - attività di orientamento ed informazione; - attività di sostegno ed ascolto.
PERSONALE	- Coordinatore del servizio Operatori adeguatamente formati (es. Tecnico dell'Accoglienza Sociale) Assistente Sociale

TELESOCORSO	
TIPOLOGIA	Il servizio di Telesoccorso ha per finalità quella di garantire risposte immediate agli anziani che vivono in contesti ambientali isolati, che sono soli e che, per precarie condizioni di salute, potrebbero trovarsi uno stato di emergenza e di bisogno. Al servizio accedono, prioritariamente, gli anziani che, dotati dell'idonea apparecchiatura, si trovano in situazione sia socio-economica che sanitaria particolarmente disagiata. Attraverso un'apposito apparecchio, in caso di necessità, l'anziano invia un segnale di allarme alla centrale che, ricevuta la segnalazione, attiva tempestivamente l'intervento di pronto soccorso. Il servizio di Telesoccorso svolge, sostanzialmente, azioni di sorveglianza telematica e di teleassistenza.
PRESTAZIONI	Sono prestazioni di assistenza domiciliare: - attività di attivazione della Centrale Operativa; - attività di distribuzione, attivazione e controllo dell'apparecchio brevettato - attività di sorveglianza telematica e pronto intervento 24 ore su 24; - attività di sostegno e ascolto.
PERSONALE	- Coordinatore del servizio - Operatori adeguatamente formati (es. Tecnico dell'Accoglienza Sociale) - Assistente Sociale

ALLEGATO 4

PROTOTIPO SCHEDA DI ACCESSO AL SISTEMA DEI SERVIZI



Giunta Regionale Campania
Assessorato alla Sanità e
Assessorato alle Politiche Sociali

logo asl

logo ambito

set minimo per
scheda di accesso P.U.A.
al sistema dei servizi

A.S.L. :		Distretto:	Ambito:
Punto di accesso:	U.O.distrettuale specificare: ☐ M.M.G/P.L.S. ☐ SEGR.SOCIALE ☐	Data scheda	___/___/___
N°riferimento interno		Codice Identificativo univoco (generato dal sistema informativo sociale e sanitario)	
Richiesta di segnalazione a cura di: ☐ familiare /parente ☐ componente della rete informale ☐ tutore giuridico ☐ U.O. ospedaliere: _____ ☐ u.o. distrettuali : _____ ☐ strutture residenziali : _____ ☐ altri servizi sociali dell'ambito territoriale: _____ ☐ altro: _____			
dati dell'assistito			
Cognome		Nome	
Data nascita	___/___/___	Genere	M ☐ F ☐
Luogo Nascita		Codice Fiscale/STP	
Indirizzo dell'Assistito:			
Recapiti Telefonici			
Comune di residenza		Stato estero assistito	
Regione di residenza dell'assistito		A.s.l. di residenza dell'assistito	
Medico dell'assistito: mmg ☐ pls ☐	nome:	cognome:	asl _____
	Indirizzo:		distretto _____
Utente già in carico	Servizi sociali ☐ Servizi sanitari ☐ Altro (specificare) ☐	Attualmente fruisce di servizi:	Servizi sociali Servizi sanitari Altro (specificare)

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

PROFILO PERSONALE

Stato civile				
1 ☐ celibe/nubile	2 ☐ coniugato/a	3 ☐ separato/a	4 ☐ divorziato/a	5 ☐ vedovo/a
7 ☐ convivente	8 ☐ non dichiarato			

Condizione lavorativa		
☐ Occupato/a	☐ occupazione stabile ☐ occupazione temporanea ☐ occupazione precaria	☐ in forma dipendente ☐ in forma autonoma
☐ disoccupato/a ☐ pensionato/a ☐ cassintegrato/a		
Altro (Specificare).....		

RICHIESTA ESPRESSA DALL'UTENTE:

☐ Assistenza domiciliare Semiresidenziale	☐ Ricovero in strutt. residenziale	☐ Ricovero in strutt.
☐ Contributo economico	☐ Altro (specificare)	

BISOGNO RILEVATO DALL'OPERATORE :

PRIMA VALUTAZIONE

bisogno semplice: sociale ☐ sanitario ☐ Bisogno complesso ☐ Caso urgente ☐

ATTIVAZIONE DEI SERVIZI:

SERVIZI ATTIVATI: ☐ sociale
 ☐ sanitario
 ☐ invio al percorso integrato /attivazione U.V.I.

Eventuale documentazione allegata:

RUOLO / FIRMA OPERATORE

Consenso informato

Il Sottoscritto _____ in qualità di
(specificare) _____

autorizza il trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs 196/2003

SI ☐ NO ☐

Luogo e Data _____

Firma _____

ALLEGATO 5

RIEPILOGO RIFERIMENTI NORMATIVI

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
<u>Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 (DPR 23 luglio 1998)</u>	Estratto: L'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale: l'integrazione socio-sanitaria e l'assistenza domiciliare integrata
<u>Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni</u>	"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 legge 23 ottobre 1992 n. 421" Estratto artt. 3-quater, 3-quinquies, 3-sexies, 3-septies, 3-octies
<u>Legge 26 febbraio 1999, n. 39:</u>	"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 28 dicembre 1998, n. 450, recante disposizioni per assicurare interventi urgenti di attuazione del Piano sanitario nazionale 1998-2000"
<u>D.M. 28 settembre 1999</u>	"Programma nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative"
<u>D.P.C.M. 20 gennaio 2000:</u>	"Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative"
<u>Legge 8 novembre 2000, n. 328</u>	"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" - Estratto artt. 8 (Funzioni delle regioni) e 22 (Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)
<u>Legge 8 febbraio 2001, n. 12</u>	"Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore"
<u>D.P.C.M. 14 febbraio 2001</u>	"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"
<u>Legge 16 novembre 2001, n. 405</u>	Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria"
<u>D.P.C.M. 29 novembre 2001</u>	"Definizione dei livelli essenziali di assistenza". Estratto (All. 1, 1B e 1C)
<u>Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (DPR 7 luglio 2006)</u>	Estratto: 3.9 (il dolore e la sofferenza nei percorsi di cura), 3.10 (la rete per le cure palliative), 5.3 (la non autosufficienza: anziani e disabili)
<u>Documento commissione LEA il 18 ottobre 2006</u>	"Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" approvato dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA
<u>Decreto Ministeriale 22 febbraio 2007, n. 43</u>	Regolamento recante: "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311"
<u>Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008</u>	"Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare"
<u>Decreto Ministeriale 17 dicembre 2008</u>	"Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali"
<u>Accordo Collettivo Nazionale 27 maggio 2009</u>	<u>Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale</u> , approvato il 27 maggio 2009 (testo integrato con l'ACN 23 marzo 2005)
<u>Nuovo patto per la salute- approvato in Conferenza Stato regioni il 3 dicembre 2009</u>	Il Patto per la Salute-approvato dalla Conferenza Stato-Regio del 3 dicembre 2009- è un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema

PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
<i>Legge Regionale 24/2006</i>	Piano ospedaliero regionale
<i>L.R. 11/07</i>	"Legge per la dignità e la cittadinanza sociale. Attuazione della Legge 8 novembre 2000, N. 328"
<i>Regolamento di attuazione della L..R. 11/ 2007 - DPGR n.16 del 23.11.09 (BURC n.71 del 30.11.09)</i>	"Autorizzazione, Accreditamento e Vigilanza delle strutture e dei soggetti che provvedono alla gestione e all'offerta del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali"
<i>Decreto commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario n. 49 del 27 /09/2010</i>	"riassetto della rete ospedaliera e territoriale, con adeguati interventi per la dismissione/riconversione/riorganizzazione dei presidi non in grado di assicurare adeguati profili di efficienza e di efficacia; analisi del fabbisogno e verifica dell'appropriatezza: conseguente revoca degli accreditamenti per le corrispondenti strutture private accreditate; conseguente modifica del Piano Ospedaliero regionale in coerenza con il piano di rientro", con il quale sono definite le aree prioritarie di intervento per la riorganizzazione della rete territoriale con particolare riguardo al sistema delle cure domiciliari.

PRODUZIONE DELIBERATIVA CONGIUNTA

TRA SETTORE SANITARIO E SETTORE POLITICHE SOCIALI

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
<i>D.G.R. n. 3767 del 31/07/2001</i>	"Integrazione socio sanitaria: recepimento D.P.C.M. 14/02/2001 e costituzione Commissione regionale di studio
<i>D.G.R. n. 1082 del 15/03/2002</i>	"D.P.C.M. 29/11/2001 concernente i Livelli Essenziali di Assistenza : disposizioni attuative"
<i>D.G.R. n. 3890 del 02/08/2002:</i>	"D.P.C.M. 29/11/2001 concernente i LEA: compartecipazione alla spesa socio sanitaria per l'anno 2002 e proroga dei termini D.G.R. n. 1082 del 15/03/2002"
<i>D.G.R. n. 6467 del 30/12/2002:</i>	"D.P.C.M. 29/11/2001: Indirizzi regionali di programmazione a Comuni ed AA.SS.LL. per un sistema integrato di interventi e servizi socio sanitari per l'anno 2003"
<i>D.G.R.C. 2006 del 5.11.04</i>	Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale,semiresidenziale per anziani, disabili e cittadini affetti da demenza ai sensi della l.r. 22 aprile 2003 n°8
<i>D.G.R.C. n. 38 del 18.1.06</i>	Ricognizione dello stato di attuazione degli adempimenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 (Repertorio n. 2174) e indirizzi programmatici per l'integrazione sociosanitaria
<i>-D.G.R.C. 1843 del 9 dicembre 2005 ?</i>	Equilibrio economico delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e della Fondazione Pascale. Disposizioni per la programmazione 2006 - 2008.
<i>-Circolari assessorili n.3648/2006 e 3063/2006</i>	Con la circolare a firma congiunta degli Assessori alle Politiche Sociali e alla Sanità n. 3648 e del 29.09.2006 e n.3063 del 21.07.2006 gli Ambiti territoriali e le Aziende Sanitari Locali hanno ricevuto indicazioni precise sia in merito alla programmazione degli interventi sia in merito alla garanzia della continuità assistenziale .
<i>DGR 964 del 14.7.06</i>	"Linee d'indirizzo e schede per la presentazione dei Piani delle Attività Territoriali"
<i>DGR 1811 del 12.10.07</i>	Adozione di un nuovo strumento multidimensionale per

	l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari residenziali e semiresidenziali – Adempimento ai sensi della DGRC 460 del 20 marzo 2007
DGR 210 del 6.2.09	"Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio del Quadro Strategico Nazionale 2007-2013"

PRODUZIONE DELIBERATIVA DEL SETTORE SANITARIO

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
D.G.R.C 5744/2000	"Obiettivi ex art. 1 commi 34 e 34 bis, L.662/96 " Miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali; Potenziamento delle cure domiciliari, art. 1 comma 6 L.39/99.
D.G.R.C 2106/2004	"Obiettivi ex art. 1 commi 34 e 34 bis, L.662/96 " Miglioramento dell'assistenza ai soggetti affetti da malattie mentali; Potenziamento delle cure domiciliari, art. 1 comma 6 L.39/99.
Circolare applicativa n. Prot. 933749 del 05/11/2007	alla D.G.R.C. n. 1813 del 12/10/2007 Programma delle Attività Territoriali
D.G.R.C 476 del 24 marzo 2004 e D.G.R.C. 2040 del 13 dicembre 2006	Progetto di monitoraggio ed informatizzazione dei l.e.a. erogati ai sensi del d.p.c.m. 29/11/2001..
D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007	"Approvazione del Piano di Rientro del disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio Sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell'Accordo Stato-Regioni ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004".
D.G.R.C 1155 del 29.06.2007:	"Programmazione del potenziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, utilizzando anche la riconversione dei presidi ospedalieri dismessi"(ob. 15 Piano di rientro ai sensi della delibera 460 del 20.03.2007)
D.G.R.C 2310 /2007	Azioni di supporto tecnico alle AA.SS.LL. in materia di riqualificazione del sistema di erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, per l'attuazione degli obiettivi previsti dal Piano di Rientro approvato con D.G.R.C. 460 del 20 marzo 2007.
D.G.R.C. 3329 del 21 novembre 2003	Linee Guida per l'attivazione della rete integrata di assistenza ai malati terminali tra gli hospice, i servizi e le strutture esistenti sul territorio preposti alle cure palliative
D.G.R.C. n. 38 del 18.1.06	Ricognizione dello stato di attuazione degli adempimenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2004 (Repertorio n. 2174) e indirizzi programmatici per l'integrazione sociosanitaria
-D.G.R.C. 1843 del 9 dicembre 2005	Equilibrio economico delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliere Universitarie e della Fondazione Pascale. Disposizioni per la programmazione 2006 - 2008.
D.G.R .C . n. 1098 del 22 giugno 2007	Approvazione del documento "Linee-guida per l'assistenza domiciliare oncologica".
D.G.R .C. n. 1370 28 agosto 2008	Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34-bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2007 (Estratto) e Deliberazione n. 1284 del 22 luglio 2009 – Fondo sanitario nazionale. Quote a destinazione vincolata. Obiettivi di Piano anno 2007 (art. 1, c.34, L. 662/96).Modifica risorse finanziarie per le attività progettuali di cui alla DGR n. 1613 del 15/10/2007.(
D.G.R.C. n. 858 del 8 maggio 2009	- Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96. Approvazione di specifiche progettualità per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006.

D.G.R.C. n. 995 del 22 maggio 2009	- Obiettivi di carattere-prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96.-Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art.4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del PSN per l'anno 2009.
D.G.R.C. n. 1091 del 12 giugno 2009	– Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 662/96. Recepimento dell'accordo ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2008. Modifica ed integrazione D.G.R. 996 del 22/05/2009
D.G.R.C. N.476 DEL 25 MARZO 2004	il "Progetto per il monitoraggio e l'informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29.11.2001".
D.G.R.C N. 2040' DEL 12 DICEMBRE 2006	-Progetto per il monitoraggio e l'informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M 29.11.2001. Seconda Fase Livelli Essenziali di Assistenza Socio Sanitaria, progetti personalizzati di assistenza
D.G.R.C N.2105 DEL 31 DICEMBRE 2008	Monitoraggio ed Informatizzazione delle prestazioni erogate dalle AA.SS.LL. ai sensi del D.P.C.M. 29.11.2001.Presa d'atto dei risultati del Progetto di monitoraggio LEA SOCIO SAN e definizione del percorso di stabilizzazione del sistema di rilevazione denominato LEA SOCIO SAN.

**PRODUZIONE DELIBERATIVA
DEL SETTORE POLITICHE SOCIALI**

RIFERIMENTO	DESCRIZIONE
DG.R. n°1467 del 18.09.2008 e s.m.(1907 del 5.12. 08)	"L.296/06 - Fondo per le Non Autosufficienze - Programmazione e criteri di Riparto" (Fondo 2007 vincolato a progetti delle UVI – 60% all'ADI anziani)
D.G.R. N°694 del 16.04.2009	"Piano Sociale Regionale 2009-2011 (Legge Regionale n.11/2007). cap. 2.6.1 : Assistenza Domiciliare Integrata"
DGR 1200 del 3.7.09	"Approvazione Linee d'Indirizzo per l'attuazione delle attività relative agli obiettivi operativi PO FSE ... e PO FESR...2007-2013" (parte delle risorse è destinata all'Obiettivo ADI)
Con DGR 1317 del 31.7.09	"Organizzazione dei Servizi di Segretariato Sociale e Porta Unica di Accesso"
DGR 1318 del 31.7.09	"Approvazione di Campania Sociale Digitale, Piano di azione per realizzare il sistema informativo "
D.G.R. n°1424 del 03.09.09	"Programmazione risorse finanziarie afferenti al Fondo Sociale Regionale." (100% Fondo Non Autosufficienze 2008 vincolato a progetti UVI per ADI anziani)
D.G.R. n°1470 del 18.09.09	"Piano Sociale Regionale. Approvazione disposizioni operative per la gestione della fase di transizione alla programmazione sociale" (Destinate all'A.D.I. per anziani il 100% delle risorse residue 2007 del Fondo Non Autosufficienze assegnate ma non spese)
D.D. n. 871 del 28.10.09.	"Indicazioni Operative per la Presentazione dei Piani di Zona triennali in applicazione del I Piano Sociale Regionale" (con nomenclatore dei servizi)



Delibera della Giunta Regionale n. 37 del 14/02/2011

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 1 Prevenzione, Assist. Sanitaria - Igiene sanitaria

Oggetto dell'Atto:

APPROVAZIONE DELL'ELENCO UNICO REGIONALE DEGLI IDONEI ALLA NOMINA A DIRETTORE GENERALE DI AZIENDE SANITARIE ED AZIENDE OSPEDALIERE DELLA REGIONE CAMPANIA, GIUSTA DELIBERA DI GIUNTA REGIONALE N. 575 DEL 02/08/2010 DI APPROVAZIONE DI AVVISO PUBBLICO DI SELEZIONE, PUBBLICATA SUL B.U.R.C N. 57 DEL 16/08/2010 E SULLA G.U. N. 70 DEL 03/09/2010

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO:

- a. che, con deliberazione n. 575 del 02/08/2010 la Giunta Regionale, tra l'altro:
 - a.1 ha istituito l'Elenco Unico Regionale degli idonei alla nomina di Direttore Generale di Aziende Ospedaliere della Regione Campania e, per l'effetto, ha disposto la caducazione dei precedenti elenchi approvati con separati provvedimenti regionali, a far data dalla pubblicazione sul BURC dell'Elenco Unico Regionale medesimo;
 - a.2 ha approvato l'Avviso di selezione per l'istituzione dell' Elenco Unico Regionale degli idonei alla nomina a Direttore Generale di Aziende Sanitarie ed Aziende Ospedaliere della Regione Campania;
 - a.3 ha demandato al Presidente della Giunta Regionale la costituzione di una Commissione, con il compito di accertare, alla stregua di quanto previsto dall'avviso pubblico *de quo*, il possesso dei requisiti, la tempestività e la completezza della domanda da parte degli aspiranti, e di formulare la proposta di elenco da approvare con successiva delibera della Giunta regionale;
 - a.4 ha demandato ad un successivo provvedimento della Giunta Regionale l'approvazione dell'Elenco Unico Regionale degli idonei alla nomina di Direttore Generale;
- b. che il predetto avviso è stato pubblicato sul BURC n.57 del 16/08/2010 e sulla G.U., IV Serie Speciale Concorsi, n. 70 del 03/09/2010 e che il termine per la presentazione delle domande, giusta quanto previsto nella deliberazione, n. 575/2010 è scaduto il 18 ottobre 2010;
- c. che con Decreti del Presidente della Giunta Regionale n. 180 del 02/11/2010 e n. 209 del 16/11/2010 è stata costituita la Commissione;

PRESO ATTO

- a. che, a conclusione dei lavori relativi alla verifica delle domande di partecipazione, la Commissione ha predisposto – sulla base della documentazione prodotta dai candidati ed indicata nell'avviso di selezione – l'elenco degli idonei, nonché gli elenchi dei non idonei e degli esclusi per inammissibilità o irricevibilità della domanda di partecipazione, trasmessi all'AGC n. 20 Assistenza Sanitaria con nota prot. 2011.0066366 del 28.1.2011;

RITENUTO

- a. di dover prendere atto della proposta formulata dalla Commissione e, per l'effetto, di approvare l'Elenco Unico Regionale degli idonei alla nomina a Direttore Generale di Aziende sanitarie ed Aziende Ospedaliere della Regione Campania;

propone e la Giunta in conformità a voti unanimi

D E L I B E R A

Per quanto espresso in premessa e che viene di seguito riportato:

1. di **PRENDERE ATTO** delle conclusioni a cui è pervenuta la Commissione, nominata con il compito di accertare, alla stregua di quanto previsto dall'avviso pubblico *de quo*, il possesso dei requisiti, la tempestività e la completezza della domanda da parte degli aspiranti alla nomina di Direttore Generale di Aziende Sanitarie ed Aziende Ospedaliere della Regione Campania;

2. di **APPROVARE** l'Elenco Unico Regionale degli Idonei alla nomina a Direttore Generale di Aziende Sanitarie ed Aziende Ospedaliere della Regione Campania che, allegato alla presente Delibera, ne forma parte sostanziale ed integrante;
3. di **DISPORRE** che a far data dalla pubblicazione sul B.U.R.C. dell'Elenco Unico Regionale degli Idonei sono caducati i precedenti elenchi approvati con separati provvedimenti regionali;
4. di **DEMANDARE** al Coordinatore dell'A.G.C.19 Piano Sanitario Regionale l'adozione di ogni adempimento connesso e consequenziale;
5. di **INVIARE** la presente deliberazione al B.U.R.C, per la pubblicazione con il relativo allegato.

N.	Cognome	Nome	Luogo di Nascita	Data di nascita	Valutazione
1	Abbondante	Elia	Napoli	02/07/1964	Idoneo
2	Accarino	Giancarlo	Cava de Tirreni (SA)	14/07/1952	Idoneo
3	Accettullo	Umberto	Pontecagnano Faiano (SA)	11/09/1959	Idoneo
4	Accinni	Alessandro	Marcianise (CE)	09/09/1953	Idoneo
5	Acone	Angela	Avellino	13/02/1972	Idoneo
6	Acone	Nicola	Pratola Serra (AV)	10/02/1950	Idoneo
7	Affinito	Luigi	Cardito (NA)	22/01/1946	Idoneo
8	Agliata	Guido	Giugliano in Campania (NA)	23/09/1942	Idoneo
9	Agresti	Massimo	Napoli	22/09/1961	Idoneo
10	Alfano	Luigi Stella	Palma Campania	28/05/1957	Idoneo
11	Alfano	Pietro	Napoli	08/12/1938	Idoneo
12	Aloia	Marilyna	Vallo della Lucania	06/01/1961	Idoneo
13	Amatucci	Giovanni	Avellino	03/08/1952	Idoneo
14	Ambrosio	Antonio Agostino	Striano	31/10/1951	Idoneo
15	Amodio	Luigi Angelo	Cerreto Sannita (BN)	27/05/1945	Idoneo
16	Andreone	Giuseppe	Napoli	10/08/1953	Idoneo
17	Andreotti	Ugo	Torre gel Greco (NA)	23/09/1944	Idoneo
18	Angrisani	Pasquale	Nocera Inferiore	21/07/1949	Idoneo
19	Angrisani	Rita	Somma Vesuviana (NA)	27/05/1953	Idoneo
20	Annunziata	Francesco	Marigliano (NA)	01/04/1960	Idoneo
21	Annunziata	Luigi	Napoli	31/05/1958	Idoneo
22	Antonacci	Mario	Sorrento (NA)	04/01/1943	Idoneo
23	Antoniozzi	Florindo	Cosenza	02/10/1953	Idoneo
24	Aponte	Roberto	Napoli	20/05/1956	Idoneo
25	Arace	Pasquale	Milano	07/06/1959	Idoneo
26	Ateniese	Raffaele	Napoli	08/03/1947	Idoneo

27	Aversano	Salvatore	Taranto	18/09/1944	Idoneo
28	Babino	Nunzio Antonio	Teggiano (SA)	25/03/1948	Idoneo
29	Baccalone	Nicola	Airola (BN)	29/12/1960	Idoneo
30	Balivo	Francesco	Trentola Ducenta (CE)	03/06/1955	Idoneo
31	Barbato	Cosimo	Napoli	13/12/1954	Idoneo
32	Barela	Felice	Napoli	03/06/1950	Idoneo
33	Baroni	Vincenzo	Nola (NA)	22/11/1942	Idoneo
34	Battista	Nicola	Avellino	30/03/1955	Idoneo
35	Belfiore	Giuseppe	Acerra (NA)	19/10/1955	Idoneo
36	Bello	Silvano	Avellino	08/02/1947	Idoneo
37	Bellucci	Nicola	Perdifumo (SA)	17/02/1947	Idoneo
38	Bianchi	Attilio Antonio Montano	Futani (SA)	17/06/1958	Idoneo
39	Bianconcini	Gianfranco	Napoli	04/12/1946	Idoneo
40	Biondi	Giulio	Valle di Maddaloni (CE)	29/06/1951	Idoneo
41	Blasotti	Amedeo	Afragola (NA)	29/10/1961	Idoneo
42	Boccia	Giuseppe	Terzigno(NA)	10/08/1951	Idoneo
43	Bonemi	Gianni	Casale Monferrato	12/11/1968	Idoneo
44	Borelli	Michele	Ariano Irpino (AV)	10/03/1943	Idoneo
45	Borgia	Gioacchino	Napoli	01/01/1947	Idoneo
46	Borrelli	Agnese	Boscotrecase (NA)	10/07/1953	Idoneo
47	Bossone	Eduardo	Lauro (AV)	12/05/1961	Idoneo
48	Botta	Gaetano	Meta (NA)	19/07/1949	Idoneo
49	Bottino	Francesco	San Severo (FG)	02/01/1942	Idoneo
50	Bove	Pasquale	Mugnano di Napoli	28/04/1958	Idoneo
51	Brancaccio	Salvatore	Boscotrecase (NA)	18/10/1949	Idoneo
52	Brunello	Valentino	Napoli	20/10/1945	Idoneo
53	Buonauro	Gaetano	Napoli	23/07/1951	Idoneo

54	Caiazzo	Anna Luisa	Nocera Inferiore (SA)	30/07/1959	Idoneo
55	Campanile Castaldo	Pasquale	Caserta	22/04/1951	Idoneo
56	Canella	Stefano	Montegrotto Terme (PD)	21/04/1955	Idoneo
57	Canfora	Giovanni	Napoli	20/01/1950	Idoneo
58	Cantone	Nicola	Aversa (CE)	30/03/1969	Idoneo
59	Capalbo	Renato	Napoli	09/12/1943	Idoneo
60	Capasso	Aldo	Casandrino (NA)	29/07/1953	Idoneo
61	Capitani	Roberto	Brunico (Bolzano)	07/01/1947	Idoneo
62	Capogrosso	Paolo	Napoli	29/08/1950	Idoneo
63	Capolongo	Francesco	Cicciano (NA)	09/06/1953	Idoneo
64	Capone	Mario Rosario	Napoli	25/01/1948	Idoneo
65	Caponigro	Vito	Salerno	13/07/1948	Idoneo
66	Caporale	Vincenzo Antonio	Atena Lucana (SA)	17/01/1954	Idoneo
67	Caputi	Mario	Napoli	26/01/1942	Idoneo
68	Caputo	Patrizia	Torre gel Greco (NA)	24/04/1950	Idoneo
69	Caputo	Vincenzo	Napoli	24/02/1960	Idoneo
70	Carli	Manlio	Striano (NA)	21/01/1946	Idoneo
71	Castaldo	Vincenzo	Avella (AV)	29/04/1956	Idoneo
72	Cataffo	Alessandro	Benevento	09/11/1957	Idoneo
73	Cataldi	Ruggiero	Morcone (BN)	23/09/1950	Idoneo
74	Catenacci	Giuseppe	Napoli	31/12/1937	Idoneo
75	Celentano	Aldo	Napoli	13/09/1949	Idoneo
76	Cerato	Pier Luigi	Vicenza	04/03/1946	Idoneo
77	Cesareo	Vincenzo	Cava de Tirreni (SA)	24/04/1949	Idoneo
78	Cesaro	Paolo	Aversa (CE)	13/02/1948	Idoneo
79	Chiacchio	Antonio	Casandrino (NA)	02/01/1959	Idoneo
80	Chieffo	Giulietta	Bagnoli Irpino	24/01/1954	Idoneo

81	Chirico	Giuseppe	Casal di Principe (CE)	15/07/1950	Idoneo
82	Ciarlo	Giuseppe	Maenza (LT)	09/08/1960	Idoneo
83	Cicalese	Virgilio	Avellino	18/04/1951	Idoneo
84	Cillo	Mariarosaria Carmela	Bagnoli Irpino	11/07/1964	Idoneo
85	Cimmino	Vincenzo	Somma Vesuviana (NA)	30/06/1938	Idoneo
86	Cobellis	Giovanni	Vallo della Lucania	16/03/1938	Idoneo
87	Coccia	Rosanna	Castellammare di Stabia (NA)	31/08/1941	Idoneo
88	Coiro	Ilde	S.Arsenio (SA)	16/09/1954	Idoneo
89	Colaccio	Diego	Tora e Picilli (CE)	15/03/1953	Idoneo
90	Colonna	Luigi	Bari	07/01/1942	Idoneo
91	Comune	Vincenzo	Giugliano in Campania (NA)	22/07/1952	Idoneo
92	Concilio	Domenico	Napoli	06/10/1953	Idoneo
93	Contato	Eduardo	Papozze (RO)	16/05/1958	Idoneo
94	Conte	Maria Concetta	Parigi (Francia)	08/05/1959	Idoneo
95	Contestabile	Tommaso	S.Maria C.V. (CE)	12/01/1952	Idoneo
96	Coppola	Achille	Napoli	18/08/1948	Idoneo
97	Coppola	Vincenzo	Benevento	24/02/1958	Idoneo
98	Corbisiero	Guido	Mariglianella (NA)	08/12/1953	Idoneo
99	Corcione	Bianca	Avellino	23/12/1973	Idoneo
100	Corcione	Pasquale	Napoli	23/08/1953	Idoneo
101	Corona	Tiberio	Pontedera (PI)	05/11/1957	Idoneo
102	Corrente	Giuseppe	Roccadaspide (SA)	05/01/1950	Idoneo
103	Correra	Antonio	Napoli	29/04/1949	Idoneo
104	Correra	Arcangelo	Maddaloni (CE)	05/03/1958	Idoneo
105	Corvino	Maria	Napoli	02/10/1965	Idoneo
106	Coscioni	Bruno	Nocera Inferiore (SA)	16/02/1942	Idoneo
107	Cossiga	Carmine	Pozzuoli (NA)	09/06/1957	Idoneo

108	Costagliola	Annamaria	Salerno	30/09/1953	Idoneo
109	Costagliola	Ciro	Napoli	08/08/1954	Idoneo
110	Costantini	Antonietta	Piedimonte Matese (CE)	01/03/1958	Idoneo
111	Credendino	Luigi	Napoli	04/09/1972	Idoneo
112	Crescenzo	Vincenzo	Sarno (SA)	18/05/1948	Idoneo
113	Crisci	Raffaele	Arienzo (CE)	13/06/1950	Idoneo
114	Cristiano	Pasquale	Grumi Nevano (NA)	13/04/1947	Idoneo
115	Cusano	Tullio	Faicchio (BN)	06/06/1949	Idoneo
116	D'Alessio	Giuseppe	Quarto (NA)	03/01/1968	Idoneo
117	D'Alterio	Vincenzo	Giugliano in Campania (NA)	08/02/1957	Idoneo
118	D'Amato	Vincenzo	Salerno	25/04/1956	Idoneo
119	D'Ambrosio	Salvatore	Boscotrecase (NA)	04/06/1953	Idoneo
120	D'Amora	Maurizio	Napoli	09/07/1956	Idoneo
121	D'Angelo	Pietro	Torre Orsaia (SA)	26/10/1958	Idoneo
122	d'Angiò	Antonio	Napoli	14/09/1948	Idoneo
123	Daniele	Camillo	Pozzuoli (NA)	15/12/1957	Idoneo
124	D'Anna	Alberto	Torre Annunziata (NA)	08/02/1944	Idoneo
125	D'Antonio	Giuseppe	Palma Campania	27/02/1953	Idoneo
126	Danzi	Gaetano	Aversa (CE)	17/08/1950	Idoneo
127	D'Ascoli	Albino	Castelcivita (SA)	27/12/1950	Idoneo
128	D'Auria	Gennaro	Casavatore (NA)	13/02/1952	Idoneo
129	D'Avanzo	Antonio	Avella (AV)	01/04/1941	Idoneo
130	d'Aveta	Giuseppe	Napoli	21/05/1943	Idoneo
131	De Angelis	Fernando	Mercato San Severino (SA)	08/06/1946	Idoneo
132	De Benedetto	Bruno	Napoli	03/06/1949	Idoneo
133	De Biasio	Mario	Casagiove (CE)	18/02/1954	Idoneo
134	De Cesare	Carmela	Napoli	18/03/1960	Idoneo

135	De Chiara	Antonio	Aversa (CE)	14/03/1951	Idoneo
136	De Cunto	Giacomo	Cerreto Sannita (BN)	09/10/1950	Idoneo
137	De Florio	Margherita	Caserta	21/04/1947	Idoneo
138	De Luca	Giustino	Napoli	16/11/1955	Idoneo
139	De Luca	Maria Cristina	Bisaccia (AV)	16/01/1954	Idoneo
140	De Masi	Giovanni	Sant'Agata de' Goti (BN)	11/05/1958	Idoneo
141	De Masi	Piero	Grottolella (AV)	19/04/1957	Idoneo
142	De Nardo	Alfonso	Bracigliano (SA)	30/09/1951	Idoneo
143	De Rosa	Antonio	Caivano (NA)	30/05/1944	Idoneo
144	De Simone	Francesco	Salerno	27/06/1937	Idoneo
145	De Stefano	Andrea Antonio	Caracas (Venezuela)	24/03/1954	Idoneo
146	De Stefano	Bruno	Napoli	06/02/1935	Idoneo
147	De Toma	Roberto	Benevento	15/12/1961	Idoneo
148	De Vita	Adriano	Novi Velia (SA)	15/11/1956	Idoneo
149	De Vita	Angelo	Moio della Civitella (SA)	22/02/1953	Idoneo
150	Del Genio	Remo	Carbonara di Nola (NA)	15/02/1942	Idoneo
151	Del Mese	Paolo	Pontecagnano Faiano (SA)	23/09/1946	Idoneo
152	Del Noce	Raffaele	Napoli	26/08/1947	Idoneo
153	Del Prete	Giuseppe	Morigerati	22/06/1956	Idoneo
154	Della Gala	Giacinto	Nola	16/10/1951	Idoneo
155	Della Porta	Domenico	Castel San Giorgio (SA)	13/05/1954	Idoneo
156	Dello Iacono	Maurizio	Avellino	13/07/1962	Idoneo
157	Des Dorides	Andrea	Roma	31/07/1948	Idoneo
158	Di Bernardo	Carmine	Napoli	30/11/1958	Idoneo
159	Di Carlo	Giuseppe	Campofranco	19/09/1950	Idoneo
160	Di Falco	Aldo	Napoli	03/06/1953	Idoneo
161	Di Fluri	Giuseppe	S. Mauro la Bruca (SA)	20/09/1951	Idoneo

162	Di Genio	Michele	Torchiaro (SA)	14/10/1953	Idoneo
163	Di Girolamo Faraone	Pasquale	Napoli	20/10/1957	Idoneo
164	Di Giura	Giovanni	Napoli	18/04/1965	Idoneo
165	Di Iorio	Carlo	Venticano (AV)	18/08/1949	Idoneo
166	Di Marzo	Walter	Napoli	13/06/1968	Idoneo
167	Di Mauro	Maurizio	Napoli	19/06/1958	Idoneo
168	Di Munzio	Walter	Potenza	04/08/1953	Idoneo
169	Di Palo	Giacomo	Afragola (NA)	09/05/1944	Idoneo
170	Di Stasio	Alberto	Castelvetere Val Fortore	07/02/1960	Idoneo
171	Di Trapani	Fulvio	Napoli	19/10/1951	Idoneo
172	Di Vita	Giuseppe	Ascea (SA)	23/08/1950	Idoneo
173	D'Innocenzo	Marinella	Lecce	02/08/1959	Idoneo
174	Diurno	Francesco	San Sosti (CS)	23/01/1956	Idoneo
175	D'Onofrio	Gaetano	Padova	28/04/1959	Idoneo
176	D'Urso	Antonio	Napoli	08/06/1953	Idoneo
177	Episcopo	Antonio	Polla (SA)	14/07/1950	Idoneo
178	Esposito	Ernesto	Napoli	03/08/1962	Idoneo
179	Esposito	Fulvio	Napoli	09/12/1951	Idoneo
180	Esposito	Giuseppe Luigi	Napoli	04/04/1961	Idoneo
181	Esposito	Luigi	Piano di Sorrento	07/11/1951	Idoneo
182	Esposito	Renato	Cervinara (AV)	18/11/1956	Idoneo
183	Esposito	Ugo	Castellammare di Stabia (NA)	29/03/1958	Idoneo
184	Fabbri	Luciano	Sovicille (Siena)	27/06/1943	Idoneo
185	Faella	Francesco Saverio	Castellammare di Stabia (NA)	05/09/1946	Idoneo
186	Fago	Carlo	Mugnano di Napoli (NA)	24/09/1950	Idoneo
187	Falabella	Vincenzo	Milano	19/01/1952	Idoneo
188	Falciatore	MariaGrazia	Napoli	11/06/1964	Idoneo

189	Falco	Luigi	Dragoni (CE)	21/03/1951	Idoneo
190	Farina	Michele Angelo	Pomarico (MT)	06/06/1949	Idoneo
191	Federico	Giovanni	Atena Lucana (SA)	11/07/1947	Idoneo
192	Femiano	Maria	Napoli	02/12/1964	Idoneo
193	Fenizia	Domenico	Cervinara (AV)	01/07/1943	Idoneo
194	Fenizia	Sergio	Avellino	10/02/1954	Idoneo
195	Ferraioli	Raffaele	Sant'egidio del monte Albino (SA)	15/10/1938	Idoneo
196	Ferrante	Mario Nicola Vittorio	Lungosano (AV)	04/07/1958	Idoneo
197	Ferraro	Giuseppe	Napoli	09/03/1946	Idoneo
198	Ferullo	Ettore	Salza Irpina (AV)	01/01/1961	Idoneo
199	Festa	Rossano	Avellino	12/04/1949	Idoneo
200	Fezza	Eugenio	Pagani (SA)	28/08/1941	Idoneo
201	Finaldi	Angelo	Nola (NA)	12/04/1949	Idoneo
202	Fiocco	Maria Anna	Salerno	08/08/1970	Idoneo
203	Florio	Sergio	Napoli	04/05/1944	Idoneo
204	Foggia	Luigi	Napoli	05/05/1953	Idoneo
205	Foglietta	Fosco	Forlì	14/02/1948	Idoneo
206	Forestieri	Pietro	Altavilla Silentina (SA)	15/04/1949	Idoneo
207	Forlenza	Mario	Contursi Terme	17/09/1954	Idoneo
208	Fornino	Giuseppe	Padula (SA)	29/04/1954	Idoneo
209	Fucile	Annamaria	Caserta	21/06/1959	Idoneo
210	Fuiano	Gaetano Mario	Torremaggiore (FG)	01/06/1949	Idoneo
211	Fusco	Mariano	Caivano (NA)	11/04/1960	Idoneo
212	Galdiero	Antonio	Giugliano in Campania (NA)	06/06/1956	Idoneo
213	Gallo	Ernesto	Napoli	19/11/1945	Idoneo
214	Gambacorta	Antonio	Ariano Irpino (AV)	10/09/1946	Idoneo
215	Gambacorta	Domenico	Avellino	18/04/1961	Idoneo

216	Gargiulo	Anna	Caserta	18/10/1951	Idoneo
217	Gaudino	Antimo	Sant'Antimo (NA)	26/06/1951	Idoneo
218	Genovese	Lidia	Napoli	25/10/1940	Idoneo
219	Genovese	Michele	Torre Annunziata (NA)	14/10/1949	Idoneo
220	Gentile	Ciro	Portici (NA)	28/03/1946	Idoneo
221	Giangregorio	Anna Maria	Apice (BN)	26/07/1959	Idoneo
222	Giordano	Alfonso	Vietri sul Mare (SA)	08/07/1951	Idoneo
223	Giordano	Antonio	Salerno	04/01/1955	Idoneo
224	Giordano	Lucio	Napoli	04/04/1948	Idoneo
225	Gismondi	Michele	Nocera Inferiore (SA)	23/06/1951	Idoneo
226	Granata	Rocco	Giugliano in Campania (NA)	27/11/1947	Idoneo
227	Granato	Luigi	Torre del Greco (NA)	07/02/1957	Idoneo
228	Grassi	Giovanbattista	Napoli	14/10/1946	Idoneo
229	Gregorio	Giovanni	Moio della Civitella (SA)	27/01/1950	Idoneo
230	Guardascione	Francesco	Giugliano in Campania (NA)	01/10/1946	Idoneo
231	Guida	Antonella	Arienzo (CE)	04/10/1961	Idoneo
232	Guida	Enrico	Sabaudia (LT)	04/12/1952	Idoneo
233	Hubler	Mario	Napoli	12/06/1972	Idoneo
234	Iannicelli	Edmondo	Sala Consilina	13/04/1954	Idoneo
235	Iannuzzi	Francesco Paolo	Monte di Procida (NA)	25/09/1950	Idoneo
236	Ibello	Umberto	Napoli	06/08/1956	Idoneo
237	Iervolino	Mario	Ottaviano (NA)	21/09/1960	Idoneo
238	Improta	Gennaro	Ercolano (NA)	19/02/1954	Idoneo
239	Infascelli	Rosario Marco	Napoli	22/08/1956	Idoneo
240	Ingarra	Francesco	Napoli	19/12/1967	Idoneo
241	Iovane	Giuseppe	Salerno	25/06/1958	Idoneo
242	Iovieno	Salvatore	Amalfi (SA)	20/11/1949	Idoneo

243	Iovine	Carmine	San Cipriano d'Aversa	19/03/1952	Idoneo
244	Iovine	Reginaldo	Napoli	01/11/1951	Idoneo
245	Iovino	Enrico	Caivano (NA)	14/05/1943	Idoneo
246	Iuliano	Domenico	San Valentino Torio (SA)	17/05/1947	Idoneo
247	La Cerra	Pasquale	Sant'Angelo d'Alife (CE)	14/08/1947	Idoneo
248	La Rocca	Paris	Viareggio (LU)	21/11/1942	Idoneo
249	Labate	Lorenzo	S.Giorgio a Cremano (NA)	21/07/1946	Idoneo
250	Landolfi	Roberto	Napoli	31/08/1949	Idoneo
251	Langella	Salvatore	Boscoreale	27/05/1952	Idoneo
252	Lanza	Rocco Lucio	Grottaminarda (AV)	04/06/1960	Idoneo
253	Lanzalone	Andrea	Benevento	28/06/1968	Idoneo
254	Lanzetta	Rosario	Napoli	05/01/1957	Idoneo
255	Lanzuise	Aniello	Napoli	27/03/1974	Idoneo
256	Lastoria	Secondo	Aversa (CE)	28/06/1958	Idoneo
257	Laudanna	Girolamo	Afragola (NA)	18/09/1951	Idoneo
258	Lauri	Massimino Michele	Palma Campania	12/05/1949	Idoneo
259	Lenzi	Elvira	Avellino	07/10/1951	Idoneo
260	Lepore	Pierfrancesco	Salerno	15/09/1965	Idoneo
261	Liguori	Vincenzo	Carinaro (CE)	01/11/1943	Idoneo
262	Limone	Antonio	Avellino	08/03/1962	Idoneo
263	Locastro	Natale	Napoli	24/06/1953	Idoneo
264	Lombardi	Antonio	Marigliano (NA)	27/05/1944	Idoneo
265	Lombardo	Francesco	Sessa Cilento (SA)	06/11/1952	Idoneo
266	Longobardi	Salvatore	Napoli	14/05/1965	Idoneo
267	Lopez	Michele	Napoli	03/01/1946	Idoneo
268	Lopez	Vittorio	Pozzuoli (NA)	17/10/1947	Idoneo
269	Lucchetti	Antonio	Pellezzano (SA)	22/02/1954	Idoneo

270	Luciano	Lucio Rosario Paolo	Castelvetere Val Fortore	30/06/1947	Idoneo
271	Lupacchini	Mario	Castellammare di Stabia (NA)	08/05/1943	Idoneo
272	Lupo	Vito	Napoli	15/11/1945	Idoneo
273	Maccauro	Giuseppe	Caserta	04/08/1961	Idoneo
274	Madaro	Donato	Gioia del Colle (BA)	30/01/1966	Idoneo
275	Maddaloni	Antonio	Terzigno (NA)	27/03/1948	Idoneo
276	Maddaluno	Gennaro	Napoli	08/05/1960	Idoneo
277	Maffei	Angelica	Napoli	02/10/1951	Idoneo
278	Magliulo	Agostino	Pozzuoli (NA)	12/11/1944	Idoneo
279	Magliulo	Anna	Pozzuoli (NA)	17/10/1947	Idoneo
280	Maida	Antonio	Maddaloni (CE)	07/12/1943	Idoneo
281	Maiorino	Cosimo	Cava dei Tirreni	16/10/1956	Idoneo
282	Mangoni di S.Stefano	Carlo	Napoli	08/05/1938	Idoneo
283	Manzo	Giuseppe	Nocera Inferiore (SA)	06/04/1949	Idoneo
284	Manzo	Pasquale	Napoli	03/06/1946	Idoneo
285	Maranelli	Carlo	Napoli	25/07/1951	Idoneo
286	Marchiello	Antonio	Napoli	02/08/1951	Idoneo
287	Marmo	Carmine	Napoli	08/02/1950	Idoneo
288	Martina	Mario	Nardò (LE)	13/04/1951	Idoneo
289	Martino	Marilinda	Torino	20/11/1952	Idoneo
290	Martino	Rosa	Avellino	13/03/1954	Idoneo
291	Marzano	Raffaele	Caivano (NA)	04/07/1960	Idoneo
292	Mascia	Franco	Maddaloni (CE)	02/01/1951	Idoneo
293	Massimo	Romano	Caserta	10/05/1974	Idoneo
294	Mastrocola	Antonietta	Benevento	01/01/1971	Idoneo
295	Matarazzo	Giuseppe	Vitulano (BN)	17/02/1953	Idoneo
296	Maurea	Nicola	Napoli	30/04/1961	Idoneo

297	Mauro	Felice	Nola (NA)	12/02/1949	Idoneo
298	Mazza	Lucia	S.Giuseppe Vesuviano (NA)	27/01/1952	Idoneo
299	Mazzoni	Claudio	Forlì	07/06/1957	Idoneo
300	Mea	Riccardo Salvatore	Nardò (LE)	25/01/1933	Idoneo
301	Melillo	Pasquale	Salerno	20/04/1954	Idoneo
302	Memoli	Luigi	Pellezzano (SA)	05/11/1956	Idoneo
303	Menduni	Paolo	Poggiardo (LE)	19/04/1941	Idoneo
304	Mengarelli	Lorella	Fabriano (AN)	21/09/1958	Idoneo
305	Meola	Flavio	Montecorice (SA)	10/10/1954	Idoneo
306	Minicucci	Annamaria	Campobasso	26/06/1960	Idoneo
307	Minicucci	Francesco	Melito di Porto Salvo (RC)	31/12/1940	Idoneo
308	Minieri	Ferdinando	Nola (NA)	28/07/1950	Idoneo
309	Mininni	Nicola	Campobasso	29/09/1937	Idoneo
310	Monastra	Santo	Napoli	12/12/1945	Idoneo
311	Montella	Renato	Napoli	05/03/1955	Idoneo
312	Montemarano	Angelo	Torella dei Lombardi (AV)	13/06/1951	Idoneo
313	Moretti	Salvatore	Abbadia S.Salvatore (SI)	22/12/1957	Idoneo
314	Morgante	Maria	San Nicola baronia (AV)	15/12/1968	Idoneo
315	Moroni	Giancarlo	Ancona	23/09/1945	Idoneo
316	Morra	Giovanni	S. Giorgio a Cremano (NA)	04/12/1946	Idoneo
317	Musti	Lucia	Napoli	05/01/1950	Idoneo
318	Muto	Luigi	Casoria (NA)	10/02/1947	Idoneo
319	Muto	Valerio	Capua (CE)	11/03/1968	Idoneo
320	Nadaio	Carlo	Corleto Monforte (SA)	24/01/1953	Idoneo
321	Nappi	Carmine	Pomigliano d'Arco (NA)	02/09/1947	Idoneo
322	Nava	Eduardo	Scisciano (NA)	20/01/1959	Idoneo
323	Norcia	Umberto	Greci (AV)	29/11/1940	Idoneo

324	Novellino	Ettore	Montemarano (AV)	15/08/1950	Idoneo
325	Occhiochiuso	Luigi	Foggia	29/05/1943	Idoneo
326	Oddati	Antonio	Salerno	15/08/1951	Idoneo
327	Olivieri	Graziano	Cosenza	11/09/1948	Idoneo
328	Orlando	Armando	Marano di Napoli (NA)	02/06/1952	Idoneo
329	Orlando	Gaetano	Marano di Napoli (NA)	20/10/1951	Idoneo
330	Ovaiolo	Domenico	Formicola (CE)	26/05/1951	Idoneo
331	Pacchiarotti	Umberto	Roma	06/08/1940	Idoneo
332	Padula	Carmelo	Monteverde (AV)	21/01/1951	Idoneo
333	Pagano	Federico	Postiglione (SA)	18/04/1948	Idoneo
334	Pagliafora	Alberto	Frattamaggiore (NA)	28/03/1962	Idoneo
335	Palladino	Pantaleo	Vallo della Lucania	25/01/1949	Idoneo
336	Pallara	Savatore	Napoli	15/11/1960	Idoneo
337	Palomba	Roberto	Torre del Greco (NA)	16/02/1950	Idoneo
338	Panaro	Salvatore	Casal di Principe (CE)	23/06/1953	Idoneo
339	Papa	Marco	Napoli	29/11/1960	Idoneo
340	Papa	Rosa	Napoli	17/07/1950	Idoneo
341	Paradiso	Franco	Grumento Nova (Potenza)	12/02/1953	Idoneo
342	Parlato	Antonino	Vico Equense (NA)	15/09/1952	Idoneo
343	Pascarella	Maria Luisa	Mirabella Eclano (AV)	15/04/1952	Idoneo
344	Pasquinucci	Sergio	Napoli	23/07/1954	Idoneo
345	Passaro	Francesco	Capua (CE)	23/11/1953	Idoneo
346	Paternosto	Diego	Dragoni (CE)	05/11/1958	Idoneo
347	Patriciello	Pasquale	Acerra (NA)	20/05/1949	Idoneo
348	Patrone	Luigi	Napoli	16/02/1948	Idoneo
349	Paudice	Ciro	Napoli	22/03/1949	Idoneo
350	Paudice	Giampaolo	Napoli	25/10/1954	Idoneo

351	Pecoraro	Carmine	Napoli	10/09/1951	Idoneo
352	Pedozzi	Amalia	Napoli	26/06/1958	Idoneo
353	Pelaggi	Antonio	Napoli	22/01/1963	Idoneo
354	Pepe	Mario	Postiglione (SA)	08/05/1955	Idoneo
355	Percopo	Angelo	Avellino	14/09/1954	Idoneo
356	Pernice	Antonio	Tucman (Argentina)	12/02/1950	Idoneo
357	Perrella	Oreste	Afragola (NA)	30/04/1947	Idoneo
358	Persico	Giovanni	Napoli	25/02/1953	Idoneo
359	Petitto	Antonio	Venticano (AV)	06/05/1956	Idoneo
360	Pezone	Gennaro	Frasso Telesino (BN)	23/02/1955	Idoneo
361	Piantadosi	Michele	Casagiove (CE)	12/12/1949	Idoneo
362	Piantadosi	Vincenzo	Napoli	18/11/1951	Idoneo
363	Piazza	Luigi	Caserta	30/04/1951	Idoneo
364	Piccolo	Fausto	Napoli	24/08/1964	Idoneo
365	Picker	Franklin	Roma	01/01/1950	Idoneo
366	Piergentili	Paolo	Roma	26/04/1952	Idoneo
367	Pietrantuono	Corrado	Napoli	21/05/1957	Idoneo
368	Pironti	Alberto	Napoli	19/09/1947	Idoneo
369	Polizio	Francesco	Casoria (NA)	12/11/1940	Idoneo
370	Pompa	Ernesto	Montoro Superiore (AV)	28/10/1946	Idoneo
371	Pone	Ciro	S.Anastasia (NA)	06/09/1952	Idoneo
372	Porcaro	Giuseppe	Napoli	18/03/1963	Idoneo
373	Primiano	Ferdinando	Cimitile (NA)	27/03/1957	Idoneo
374	Prudente	Remigio Antonio	Nusco (AV)	25/02/1951	Idoneo
375	Punzo	Anna	San Giorgio a Cremano (NA)	09/08/1954	Idoneo
376	Quagliata	Luigi	Napoli	25/05/1946	Idoneo
377	Quici	Guido	Benevento	18/04/1957	Idoneo

378	Raccuglia	Michele	Napoli	02/12/1964	Idoneo
379	Raimondo	Umberto	Santa Maria Capua Vetere (CE)	14/11/1952	Idoneo
380	Raiola	Vincenzo	Angri	04/05/1952	Idoneo
381	Ranesi	Domenico	Salerno	04/08/1958	Idoneo
382	Rauci	Francesco	Santa Maria Capua Vetere (CE)	07/02/1955	Idoneo
383	Rea	Vincenzo	Pomigliano d'Arco (NA)	11/05/1946	Idoneo
384	Rivellini	Augusto	Napoli	28/08/1961	Idoneo
385	Rocca	Francesco	Roma	01/09/1965	Idoneo
386	Romanelli	Gabriele	San Mauro La Bruca (SA)	17/06/1942	Idoneo
387	Romano	Antonio	Aversa (CE)	03/12/1938	Idoneo
388	Romano	Attilio	Aversa (CE)	22/12/1949	Idoneo
389	Romano	Ferdinando	Napoli	20/01/1958	Idoneo
390	Romano	Gaetano	Villa di Briano (CE)	25/11/1954	Idoneo
391	Romano	Giovanni	Napoli	28/05/1953	Idoneo
392	Romano	Rosanna	Napoli	06/12/1965	Idoneo
393	Romano	Stelio	S. Michele di Serino (AV)	22/08/1941	Idoneo
394	Ronconi	Duilio	Atripalda (AV)	07/08/1948	Idoneo
395	Rondinella	Maria Rosaria	Napoli	27/11/1947	Idoneo
396	Ronga	Domenico	Casoria (NA)	19/07/1946	Idoneo
397	Roperto	Franco Peppino	Conflenti (CZ)	07/02/1950	Idoneo
398	Rosato	Giuseppe	Avellino	01/11/1948	Idoneo
399	Rubba	Paolo O. F.	Vado Ligure	11/09/1949	Idoneo
400	Rubino	Aldo	Omignano (SA)	25/02/1946	Idoneo
401	Rumolo	Oscar	Ischia (NA)	10/06/1970	Idoneo
402	Ruocco	Maria	Vallo della Lucania (SA)	31/03/1951	Idoneo
403	Russo	Antonio	Sarno (SA)	02/01/1953	Idoneo
404	Russo	Domenico	Somma Vesuviana (NA)	02/02/1955	Idoneo

405	Russo	Ferdinando	Napoli	20/12/1955	Idoneo
406	Russo	Giuseppe	Napoli	07/04/1965	Idoneo
407	Russo	Vittorio	Foggia	04/11/1940	Idoneo
408	Sacco	Aniello	Valle di Maddaloni (CE)	08/05/1954	Idoneo
409	Salvato	Vittoria	Castellammare di Stabia (NA)	04/05/1943	Idoneo
410	Salvatore	Francesco	Napoli	22/04/1934	Idoneo
411	Salzano	Antonio	Casoria (NA)	16/07/1954	Idoneo
412	Sanfilippo	Sergio	Avellino	18/12/1952	Idoneo
413	Santangelo	Francesco	Salerno	26/02/1949	Idoneo
414	Santangelo	Mario Luigi	Napoli	31/03/1934	Idoneo
415	Santori	Emilio	Vignarello (VT)	23/03/1948	Idoneo
416	Sapio	Paola	Dugenta (BN)	15/03/1956	Idoneo
417	Saracco	Alberto	Milano	23/06/1951	Idoneo
418	Saracino	Donato Mario Tesodosio	Palmanova (UD)	10/05/1956	Idoneo
419	Sarnelli	Paolo	Napoli	08/07/1956	Idoneo
420	Savarese	Alfredo	Napoli	08/11/1956	Idoneo
421	Savastano	Renato	Nocera Superiore (SA)	02/01/1951	Idoneo
422	Scafarto	Virginia	Scafati (SA)	14/07/1957	Idoneo
423	Scarabino	Giulio Pietro	Riva di Garda (TN)	03/09/1943	Idoneo
424	Schael	Thomas	Klagebach (oggi Schakjasmuehle Germania)	24/03/1962	Idoneo
425	Scherillo	Marino	Napoli	01/09/1959	Idoneo
426	Sciorio	Salvatore	Giugliano in Campania (NA)	20/11/1946	Idoneo
427	Scorpio	Eugenio	Eboli(SA)	01/07/1946	Idoneo
428	Scotto di Clemente	Gianvito	Napoli	24/05/1954	Idoneo
429	Secondulfo	Antonio	S.Giuseppe Vesuviano (NA)	27/05/1952	Idoneo
430	Siani	Alfredo	Napoli	31/07/1948	Idoneo
431	Sibilio	Girolamo	Pomigliano d'Arco (NA)	04/10/1945	Idoneo

432	Sica	Vincenzo	Torre Annunziata (NA)	07/07/1961	Idoneo
433	Siciliano	Antonietta	Napoli	17/06/1963	Idoneo
434	Sicuranza	Gaetano	Rocca San Felice (AV)	09/03/1952	Idoneo
435	Simonetti	Mario	Benevento	01/12/1964	Idoneo
436	Sivo	Roberta	Napoli	18/03/1960	Idoneo
437	Smeraglia	Riccardo	Napoli	09/07/1950	Idoneo
438	Sorrentino	Adriana	Taurasi (AV)	04/03/1953	Idoneo
439	Sperandeo	Consalvo	Lauro (AV)	20/02/1952	Idoneo
440	Squillante	Antonio	Pompei(NA)	04/01/1969	Idoneo
441	Stancanelli	Alberto	Roma	19/11/1962	Idoneo
442	Taddeo	Ubaldo	Cervinara (AV)	04/08/1951	Idoneo
443	Tamburrino	Annamaria	Aversa (CE)	31/03/1959	Idoneo
444	Tammaro	Federico	Napoli	14/01/1958	Idoneo
445	Tancredi	Francesco	Salerno	03/10/1936	Idoneo
446	Tari	Michele Giuseppe	Roccamonfina (CE)	15/04/1953	Idoneo
447	Tarroux	Vincenzo	Caserta	10/07/1954	Idoneo
448	Tatavitto	Giuseppe	Benevento	09/07/1951	Idoneo
449	Teo	Pietro	Napoli	22/05/1951	Idoneo
450	Tolino	Achille	Napoli	12/05/1946	Idoneo
451	Torre	Vincenzo	Picerno (PZ)	02/04/1950	Idoneo
452	Tortora	Aristide	Nocera Inferiore (SA)	16/01/1963	Idoneo
453	Tranquillo	Antonio	Napoli	07/02/1951	Idoneo
454	Tremante	Guglielmo	Napoli	21/05/1955	Idoneo
455	Troisi	Federico	Paternopoli	22/11/1953	Idoneo
456	Tropiano	Antonella	Pescara	17/01/1961	Idoneo
457	Tuccillo	Bernardino	Napoli	24/12/1960	Idoneo
458	Tufano	Rosalba	Saviano (NA)	14/10/1944	Idoneo

459	Tuorto	Aniello	Somma Vesuviana (NA)	31/07/1961	Idoneo
460	Vairo	Giuseppe	Piaggine (SA)	16/11/1950	Idoneo
461	Valitutti	Camillo	Bellosguardo (SA)	31/08/1950	Idoneo
462	Ventura	Francesco Saverio	Acquaviva delle Fonti (BA)	24/03/1948	Idoneo
463	Verdoliva	Ciro	Castellammare di Stabia (NA)	21/12/1964	Idoneo
464	Viggiani	Vincenzo	Napoli	20/11/1954	Idoneo
465	Vigliar	Maria Laura	Crotone (KR)	06/07/1955	Idoneo
466	Villani	Vito	Nocera Superiore (SA)	01/10/1946	Idoneo
467	Vinti	Settimio	Napoli	30/10/1959	Idoneo
468	Violante	Enrico	Cava dei Tirreni (SA)	01/01/1941	Idoneo
469	Vitolo	Rodolfo	Battipaglia (SA)	28/06/1953	Idoneo
470	Volpe	Gennaro	Napoli	21/07/1963	Idoneo
471	Zaccaria	Osvaldo	Napoli	27/11/1948	Idoneo
472	Zenna	Rita	Pompei (NA)	06/11/1972	Idoneo
473	Zerella	Tommaso	Ceppaloni (BN)	24/11/1955	Idoneo
474	Ziccardi	Domenico Roberto	Montemelito (AV)	05/06/1940	Idoneo
475	Zigarella	Generoso	Avellino	13/01/1945	Idoneo
476	Zinno	Vincenzo	Pozzuoli (NA)	18/10/1954	Idoneo
477	Zotti	Giancarlo	Benevento	21/01/1946	Idoneo
478	Zuccatelli	Giuseppe	Ferrara	14/07/1944	Idoneo