

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 14 luglio 2006 - Deliberazione N. 964 - Area Generale di Coordinamento - N. 19 - Piano sanitario regionale e rapporti con le UU.SS.LL. - N. 20 - Assistenza Sanitaria - **Linee di indirizzo e schede per la presentazione dei Piani delle Attività Territoriali.**

PREMESSO che

- il Programma delle Attività Territoriali (PAT) dei Distretti Sanitari è la base programmatica necessaria per la definizione del sistema dell'offerta in tema di assistenza sanitaria primaria e di integrazione sociosanitaria;

- il PAT deve prioritariamente analizzare i bisogni, confrontarli con la mappa dell'offerta, individuare gli obiettivi di salute e identificare le risorse occorrenti;

- risulta necessario ottimizzare, con i Comuni singoli o Associati in Ambiti Territoriali ai sensi della legge 328/2000, il percorso congiunto di programmazione condivisa in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, attraverso azioni finalizzate a realizzare il raccordo in tema di strategia unica per gli interventi di natura sociosanitaria previsti dai Piani delle Attività Territoriali e dai Piani di Zona Sociali, al fine di garantire livelli equi ed uniformi di assistenza su tutto il territorio regionale;

- Il DPCM del 29/11/2001 definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociosanitaria e le percentuali di ripartizione della spesa tra ASL e Comuni per le tipologie di prestazioni comprese nell'Allegato 1C;

Visto

- il Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419";

- la Legge 8 novembre 2000 n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";

- la DGRC n. 1846 del 4 maggio 2001: "Linee di programmazione regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali" e successive modifiche;

- il DPCM 29 novembre 2001 all. 1C "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

- la DGRC 3890 del 2 giugno 2002 nella quale si prevede la definizione da parte degli Assessorati Regionali della Sanità, Politiche Sociali ed Enti Locali di una disciplina regionale condivisa dei LEA sociosanitari di cui all'allegato 1C del DPCM 29/11/2001;

- la DGRC n. 6467 del 30 dicembre 2002: "DPCM 29/11/2001 - Indirizzi regionali di programmazione a Comuni ed AA.SS.LL. per un sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari per l'anno 2003";

- La L.R. n. 10 del 11 luglio 2002: "Norme per il Piano Regionale Sanitario per il triennio 2002-2004";

- La DGRC n. 2006 del 5 novembre 2004: " L.R. n. 8 del 22 aprile 2003. Approvazione delle "Linee di indirizzo sull'assistenza residenziale e semiresidenziale per Anziani, Disabili e Cittadini affetti da Demenza";

- La DGRC n. 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";

- Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 approvato nella Conferenza Stato-Regioni del 28 marzo 2006 e successivamente ratificato con DPR 7 aprile 2006 pubblicato sulla G.U. del 17 giugno 2006-supplemento ordinario;

- La DGRC n. 38 del 18 gennaio 2006: "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".

Preso atto che

- la L.R. n. 10 del 11 luglio 2002 art. 16 al comma 2) fissa al 1° gennaio il termine per l'approvazione da parte delle AA.SS.LL. del Piano Attuativo Locale, strumento di programmazione sanitaria aziendale;

Considerato che

- per ottimizzare l'uniformità delle programmazioni sociali espresse dai Piani di Zona (L. 328/2000), e sanitarie, espresse dai Piani delle Attività Territoriali, risulta indispensabile condividere tempi e modalità degli interventi previsti, in base alla rilevazione dei bisogni di salute rilevati sul territorio di riferimento, con particolare attenzione alle otto prestazioni compartecipate indicate nel DPCM 29/11/2001 all. 1C, con particolare attenzione all'appropriatezza delle prestazioni ed al contenimento della spesa sociale e sanitaria;

- risulta opportuno far coincidere le date di presentazione delle programmazioni suindicate, per la parte attinente le prestazioni sociosanitarie, al 15 settembre 2006, nelle more dell'approvazione in Consiglio Regionale del Disegno di Legge sulla Dignità Sociale per la disciplina relativa alla coincidenza dei tempi di presentazione, relativa ai Piani delle Attività Territoriali ed ai Piani di Zona Sociali.

Rilevato che

- il Settore Fasce Deboli ha redatto le schede operative per la costruzione dei Programmi delle Attività Territoriali quale base programmatica necessaria per la definizione del sistema dell'offerta in tema di assistenza sanitaria primaria e di integrazione sociosanitaria e che tale attività deve prevedere l'effettiva responsabilizzazione del Direttore del Distretto e del referente sociosanitario nonché di tutte le altre componenti operative sociosanitarie dell'Azienda;

- il Settore Fasce Deboli, d'intesa con il Settore Assistenza Sociale, ha, inoltre elaborato, all'interno delle Linee di Indirizzo, apposite schede di rilevazione relative alla presenza, al funzionamento ed alla regolamentazione delle Unità di Valutazione Integrata, già disciplinate con DGRC interassessorile n. 2006/2004, alla indicazione della progettazione di dettaglio riferita alle 8 prestazioni indicate nel DPCM 29 novembre 2001 all. 1C e annessa tabella economico-finanziaria con l'indicazione dei costi a carico delle AA.SS.LL., dei Comuni e degli utenti (avvalendosi del parametro ISEE) o, in alternativa, alla tipologia di interventi tesi alla riqualificazione del Sistema di offerta dei servizi sociosanitari;

Ritenuto

- necessario individuare tra gli obiettivi di conseguimento della strategia Aziendale dei Direttori dei Distretti Sanitari la presenza di progettazioni di dettaglio, tese all'individuazione di prestazioni sociosanitarie adeguate al bisogno rilevato nelle UU.VV.II, attraverso la stipula di appositi protocolli di intesa con i Comuni associati in Ambiti Territoriali in cui si concorda il livello di riqualificazione del Sistema di offerta dei Servizi esistenti e/o da attivare ex novo ovvero l'eventuale compartecipazione finanziaria alla spesa;

l'Assessore alla Sanità e l'Assessore alle Politiche Sociali

PROPONGONO e la Giunta in conformità a VOTO UNANIME

DELIBERA

Per i motivi di cui in premessa e che qui si intendono integralmente riportati:

- di prendere atto della opportuna necessità di uniformare tempi, modalità e procedure di concertazione, programmazione e presentazione dei Piani delle Attività Territoriali, redatti dai Distretti Sanitari e dei Piani di Zona Sociali (L. 328/2000), redatti dai Comuni singoli o Associati in Ambiti Territoriali;

- di indicare la data del 15 settembre 2006 per la presentazione alla Giunta Regionale dei Piani delle Attività Territoriali, per la parte relativa alla programmazione sociosanitaria ai sensi del DPCM 29/11/2001 all. 1C, fermi restando gli obblighi per le AA.SS.LL. indicati nell'art. 16 della L.R. n. 10 del 11 luglio 2002 relativi alla presentazione dei Piani Attuativi Locali;

- di approvare le schede operative per la costruzione dei Programmi delle Attività Territoriali, denominato allegato A e che consta di n. 41 pagine, quale base programmatica necessaria per la definizione del sistema dell'offerta in tema di assistenza sanitaria primaria e di integrazione sociosanitaria;

- di approvare le schede predisposte dal Settore Fasce Deboli, d'intesa con il Settore Assistenza Sociale, parte integrante del citato allegato, relative alla presenza e funzionamento delle Unità di Valutazione Integrata, alla indicazione della progettazione di dettaglio riferita prioritariamente alle 8 prestazioni indicate nel DPCM 29 novembre 2001 all. 1C e annessa tabella economico-finanziaria con l'indicazione dei costi a carico delle AA.SS.LL., dei Comuni e degli utenti (avvalendosi del parametro ISEE) o, in alternativa, alla tipologia di interventi tesi alla riqualificazione del Sistema di offerta dei servizi sociosanitari;

- di indicare tra gli obiettivi di conseguimento della strategia Aziendale dei Direttori dei Distretti Sanitari la stipula di appositi protocolli di intesa con i Comuni singoli o associati in Ambiti Territoriali nei quali si con-

cordi il livello di riqualificazione del Sistema di offerta dei Servizi esistenti e/o da attivare ex novo ovvero l'eventuale compartecipazione finanziaria alla spesa;

- di dare mandato al Settore Fasce Deboli di procedere a tutti gli adempimenti conseguenti;

- di trasmettere il presente atto al Settore Interventi a favore di fasce sociosanitarie particolarmente deboli, al Settore Assistenza Sociale, alle AA.GG.CC. Programmazione Sanitaria, Assistenza Sanitaria, Politiche Sociali, Enti locali e Risorse Umane e per la notifica ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. nonché al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione sul B.U.R.C..

Il Segretario
Brancati

Il Presidente
Bassolino



Giunta Regionale Campania
Settore Fasce Particolarmente Deboli

ALLEGATO A

SCHEDE OPERATIVE PER LA COSTRUZIONE DEI PROGRAMMI DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI

1. II P.A.T. come strumento di governo partecipato della salute

- 1.1 Che cos'è il programma delle attività territoriali (P.A.T.)
- 1.2 Il Distretto come Unità territoriale di Governo della Salute
- 1.3 L'integrazione del P.A.T. con il Piano Sociale di Zona

2. Gli obiettivi del P.A.T.: migliorare lo stato di salute della popolazione e migliorare il sistema di offerta

3. La struttura e il percorso di elaborazione del PAT

- 3.1. Analisi dei bisogni
 - 3.1.1. Analisi dei bisogni riferiti al ciclo di vita per le attività sanitarie e socio-sanitarie (fasce di età)
 - 3.1.2. Identificazione degli obiettivi prioritari in considerazione dell'analisi sm qui condotta
- 3.2. Analisi dell'offerta
 - 3.2.1. Scheda analitica dei servizi
 - 3.2.2. Mappa del sistema di offerta distrettuale
- 3.3. Analisi della spesa
 - 3.3.1. Sintesi valutativa del sistema di offerta e identificazione delle priorità
- 3.4. Fattori di continuità assistenziale nel distretto con riferimento ai bisogni
 - 3.4.1. Scheda per l'analisi dell'accesso
 - 3.4.2. Sintesi valutativa delle principali criticità

4. Linee di programmazione congiunta per l'area socio-sanitaria

- 4.1 Schede congiunte PAT e PdZ V Annualità
 - I) Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi
 - II) Scheda componenti dell'unità di valutazione integrata (UVI)
 - III) Scheda 3.7

Allegati metodologici a supporto della programmazione

1. Schede di rilevazione del set minimo di dati quali/quantitativi per singola area ad altra integrazione socio-sanitaria
2. Gli indicatori di salute della WORLD HEALTH ORGANIZATION
3. Indicatori ECHI-2

1. II P.A.T. come strumento di governo partecipato della salute

1.1. Che cos'è il programma delle attività territoriali (P.A.T.)

Il programma delle attività territoriali è la nuova base programmatica per organizzare e articolare l'assistenza sanitaria primaria e l'integrazione socio-sanitaria nel distretto. In quanto tale esso è chiamato ad evidenziare i centri di offerta e di responsabilità, a mettere in relazione l'analisi dei bisogni con la mappa dell'offerta, a selezionare le priorità di salute, a identificare le risorse necessarie per conseguire i risultati di salute e di miglioramento del sistema di offerta.

L'elaborazione del programma delle attività territoriali del distretto è costruita in collaborazione con gli altri soggetti istituzionali e sociali interessati. Interlocutori privilegiati sono gli enti locali, gli altri soggetti pubblici che operano per la promozione della salute, i soggetti privati che erogano servizi nel territorio, il Terzo Settore, le organizzazioni degli utenti. Questi soggetti oltre a collaborare per la costruzione del PAT sono anche chiamati a sottoscrivere il patto di solidarietà distrettuale per la salute.

All'art. 3 quater del Dlgs n. 229/99 è precisata la funzione strategica del PAT con riferimento alla localizzazione dei servizi e dei presidi e alla determinazione delle risorse per l'integrazione socio-sanitaria.

Il programma delle attività territoriali basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

- a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies;
- b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza;
- c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio-sanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

Per le ragioni sopra esposte il PAT rappresenta il principale strumento di programmazione e governo del livello di assistenza distrettuale, nelle diverse modalità di erogazione, in modo coordinato nel territorio e nelle forme più idonee per garantire continuità assistenziale e appropriatezza degli interventi domiciliari, diurni, ambulatoriali e residenziali extraospedalieri.

1.2. Il Distretto come Unità territoriale di Governo della Salute

Il Distretto sanitario, inteso come un sistema complesso, è il luogo dove si producono salute e malattia, entro cui vivono i cittadini, le famiglie, gli operatori sociali e sanitari.

Il Distretto/Unità Territoriale di Base rappresenta, da decenni in teoria, il centro della programmazione sociale e sanitaria, la sede della lettura dei bisogni della popolazione, dove è possibile stabilire le vere priorità territoriali e quindi programmare, per tappe, gli interventi a misura del singolo cittadino e delle singole famiglie.

Nel Distretto/Unità Territoriale di Base agiscono i determinanti distali della salute (ambiente, relazioni sociali, condizione economica, livello di istruzione,...) e si

realizzano quelli prossimali (comportamenti, stili di vita,...). A questo livello è possibile affrontare quindi uno dei fattori più importanti per la salute della comunità tutta: le disuguaglianze e le diseguità nella salute.

Questa dimensione territoriale dovrebbe facilitare politiche integrate coerenti con i bisogni del territorio, rendere più agevole ed efficace la partecipazione dei cittadini e mantenere vivo il circuito metodologico virtuoso tra: analisi territoriale – programmazione – monitoraggio – valutazione.

I Piani di Zona ed i Programmi delle Attività Territoriali rappresentano la sintesi programmatica a livello territoriale e devono esprimere non più il solo governo della domanda socio-sanitaria ma piuttosto il governo della salute dei cittadini che vivono nello specifico territorio.

Per far tutto questo è necessario che a livello decentrato:

- Siano disponibili un panel di dati ed indicatori di tipo socio-demografico e di utenza dei servizi socio-sanitari e educativi, per ciascuna area di priorità
- Le conoscenze e informazioni necessarie alla programmazione, siano tutte ricondotte alla popolazione residente (ricoveri ospedalieri, ricoveri in strutture socio-sanitarie residenziali, dispersione scolastica,...)
- Siano definiti eventuali obiettivi di salute integrativi, rispetto a quelli nazionali e regionali, in relazione alle caratteristiche territoriali
- Siano definite le misure al “tempo 0”, cioè prima che siano attuate le azioni previste dal P.A.T., per poter verificare il loro impatto nel tempo.
- Il monitoraggio e la valutazione, coerenti con gli obiettivi definiti, tengano conto della salute complessivamente intesa e per questo comprendano sempre la condizione sociale dei cittadini, sia nella popolazione generale del territorio che nell’utenza complessiva dei servizi.

Su questa base risulta pertanto meglio comprensibile la necessità di investire sulla “governance della salute” a livello distrettuale.

Al fine di assolvere a questo compito, obiettivo prioritario è promuovere programmi intersettoriali realizzati congiuntamente da Enti Locali, Azienda Sanitaria, e le forme associative presenti sul territorio, con particolare riguardo alla “integrazione dei servizi con la rete di solidarietà formale ed informale”.

Riveste particolare rilievo nell’organizzazione territoriale dei servizi la modalità di individuazione di soggetti gestori a cui sia stata affidata la realizzazione di specifici servizi all’utenza o di progetti basati sulla metodologia di lavoro per progetti personalizzati come previsto dal D.P.C.M. del 14-02-2001.

1.3 L’integrazione del P.A.T. con il Piano Sociale di Zona

Inoltre, al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio, è necessario che le A.A.S.S.I.L. ed i Comuni operino per raccordare la loro azione programmatica, in particolare per gli aspetti socio-sanitari del Piano di Zona con gli aspetti socio-sanitari del Programma delle Attività Territoriali del distretto (PAT) e del Piano Attuativo Locale dell’A.S.L..

Pertanto, il PAT è predisposto tenendo conto di quanto raccomandato dal Piano sociale nazionale: “Per qualificare le scelte finalizzate all’integrazione socio-sanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatico rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal *Programma delle attività territoriali* (di cui all’articolo 3 *quater* del d.lgs n. 229/99) e dal *Piano di zona* (di cui all’articolo 19 della legge n. 328/2000). Il *Programma delle attività territoriali* è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli. Allo stesso tempo il *Piano di zona* è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari.

È pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all’interno di un’unica strategia programmatica, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie.”

2. Gli obiettivi del PAT: migliorare lo stato di salute della popolazione e migliorare il sistema di offerta

Gli obiettivi del PAT sono di natura strategica e di natura operativa. I primi (strategici) riguardano le scelte di governo del sistema di offerta distrettuale, i rapporti tra soggetti istituzionali e gestionali, l’articolazione e il governo della rete, le condizioni di continuità assistenziale, i fattori di efficacia degli interventi.

I secondi (operativi) riguardano i percorsi professionali, la organizzazione delle risposte l’accesso ai servizi, la gestione dei percorsi di cura, la personalizzazione degli interventi.

Gli obiettivi del PAT vanno inoltre espressi in termini dei risultati attesi, di miglioramento delle condizioni di salute della popolazione (con idonei indicatori di efficacia) e in termini di miglioramento dei risultati attesi di miglioramento della rete di offerta e della sua qualificazione quantitativa e qualitativa.

Gli obiettivi sono declinati tenendo conto di quanto prevede l’art. 3 quinquies del Dlgs n. 229/99, così da garantire:

- a) *l’assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l’approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;*
- b) *il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello*

3. La struttura del PAT e il percorso di elaborazione 3.1. Analisi dei bisogni

Obiettivi di "salute", inerenti cioè miglioramento dei parametri di salute della popolazione e di contrasto delle principali patologie (verificabili con indici di salute e di epidemiologia)			
Area problema	Caratteristiche (in termini quantitativi, epidemiologici...)	Obiettivi (in termini di risultati attesi)	Azioni/strategie/risorse
Vaccinazioni	2004: Copertura vaccinale distrettuale MPR nei nuovi nati	Aumentare le coperture vaccinali distrettuali al 95%	Attuazione piano nazionale MPR
Obiettivi di "sistema", cioè inerenti il miglioramento del sistema di offerta (verificabili con indici di qualificazione, distribuzione, riduzione, ... della rete di offerta).			
Area problema	Caratteristiche (in termini quantitativi, di spesa...)	Obiettivi (in termini di risultati attesi)	Azioni/strategie/risorse
Salute mentale	Asl 2001: pazienti in carico al CSM n=xxxx	Potenziamento interventi di valutazione congiunta sociale e sanitaria	Predisposizione e attuazione protocollo operativo integrato

Questa sezione va compilata utilizzando la struttura degli indicatori di salute della World Health Organization – sezioni A, C e D (vedi allegato n. 2).

3.1.1. Analisi dei bisogni riferiti al ciclo di vita per le attività sanitarie e socio-sanitarie (fasce di età)

Anni da ... a	Aspetti quantitativi (valore attuale/ fenomeno/problema)	Aspetti qualitativi	Aspetti notevoli
...			

Nota: Nella definizione degli obiettivi va identificato il valore attuale, tenendo conto di eventuali indicazioni presenti nella programmazione nazionale e/o regionale.

3.1.2. Identificazione degli obiettivi prioritari in considerazione dell'analisi sin qui condotta.

dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;

c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specificità ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai comuni.

A fronte di questo quadro, lo stesso articolo precisa che il distretto, in quanto centro unitario di servizi e prestazioni garantisce:

- assistenza specialistica ambulatoriale;
- attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia
- attività o servizi rivolti a disabili ed anziani;
- attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- attività o servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale.

Mentre il D.P.C.M. del 14.02.2001¹ sancisce che nelle medesime aree, le prestazioni "prestiate alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo "vanno erogate" sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali" (art.2, comma 1)" e che per "favorire l'efficacia e l'appropriatezza delle prestazioni socio-sanitarie necessarie a soddisfare le necessità assistenziali dei soggetti destinatari, l'erogazione delle prestazioni e dei servizi è organizzata di norma attraverso la VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE del bisogno, la definizione di un PIANO DI LAVORO INTEGRATO E PERSONALIZZATO e alla valutazione periodica dei risultati ottenuti"(art. 4 comma 3)

Come detto in precedenza, gli obiettivi nel PAT vanno aggregati per aree di contenuto generale, cioè per risultati di "salute" e di "offerta", tenendo conto di:

- Obiettivi di "salute", inerenti il miglioramento dei parametri di salute della popolazione e di contrasto delle principali patologie (verificabili con indici di salute e di epidemiologia).
- Obiettivi di "sistema", riguardanti il miglioramento del sistema di offerta (verificabili con indici di qualificazione, distribuzione, riduzione, ... della rete di offerta).

Il formato degli obiettivi dovrà comporre la dimensione epidemiologica, i risultati attesi e le azioni/strategie/risorse per conseguirli come esemplificato nella successiva tabella.

¹ DPCM del 14.02.2001 ad oggetto "atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie".

3.2. Analisi dell'offerta

3.2.1. Scheda analitica dei servizi di competenza del distretto (da compilare per ciascuno dei servizi indicati nella mappa dell'offerta - le schede di pertinenza dei servizi sociali vanno compilate se il dato è conosciuto)

Unità operativa o Servizio		
Denominazione delle attività			
Localizzazione			
Tipologia di attività (per ciascuna attività è possibile barrare più di una casella)	<input type="checkbox"/> ambulatoriale <input type="checkbox"/> domiciliare <input type="checkbox"/> semiresidenziale <input type="checkbox"/> residenziale <input type="checkbox"/> penitenziaria <input type="checkbox"/> altro		
Modalità di gestione	<input type="checkbox"/> diretta (si intende anche la gestione coordinata tra ASL ed Ente Locale) <input type="checkbox"/> convenzionata (se sì, ente gestore:) <input type="checkbox"/> mista (parte a gestione diretta e parte in convenzione)		
Modalità di coinvolgimento e collaborazione con volontariato e Terzo Settore			
Livello di integrazione	<input type="checkbox"/> Istituzionale <input type="checkbox"/> Gestionale <input type="checkbox"/> Professionale		
Criteri e modalità di accesso	<input type="checkbox"/> con valutazione professionale <input type="checkbox"/> con valutazione amministrativa <input type="checkbox"/> accesso diretto		
Operatori ASL (tipologia, numero)	Professionalità	Numero	Operatori
		Operatori impiegati a tempo pieno	Operatori impiegati a tempo parziale (specificare il numero di ore)

Tabella di sintesi della spesa per macro-aree di offerta distrettuale

<i>Micro livello</i>	<i>Numero di persone assistite</i>	<i>Costo complessivo</i>	<i>Costo per utente</i>	<i>Costo per abitante</i>
A. Assistenza sanitaria di base				
B. Attività di emergenza sanitaria territoriale				
C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali				
D. Assistenza integrativa				
E. Assistenza specialistica ambulatoriale				
F. Assistenza protesica				
G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare				
H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale				
I. Assistenza termale				

Criticità

3.4. Fattori di continuità assistenziale nel distretto con riferimento ai bisogni

3.4.1. Scheda per l'analisi dell'accesso, da compilare per ogni macroarea:

- *Materno Infantile*
- *Disabilità*
- *Anziani non autosufficienti*
- *Dipendenze*
- *Salute mentale*
- *Malati terminali ed affetti da HIV*

<i>azioni articol. per fasi</i>	<i>Chi fa...</i>	<i>Che cosa...</i>	<i>Come e con chi....</i>	<i>Con che risultati</i>	<i>.....</i>
<i>Accoglienza della domanda/segnalazione</i>					
<i>Valutazione situazione problematica</i>					
<i>Progettazione dell'intervento</i>					
<i>Valutazione del processo</i>					
<i>Valutazione degli esiti</i>					

3.3.1. Identificazione delle priorità che poi saranno oggetto di costruzione delle schede progettuali.

3.4.2. Sintesi valutativa delle principali criticità

4. Linee di programmazione per l'area socio-sanitaria

valutazione integrata che possono essere utilizzati dalle UVI stesse per la predisposizione del progetto personalizzato di intervento.

4. E' evidente che l'impegno di attivazione delle UVI comporterà nell'immediato:

- il vantaggio di riqualificare la spesa socio-sanitaria, nei territori dove esistono già o siano facilmente attivabili a livello territoriale gli interventi più appropriati al bisogno rilevato;
- la rimodulazione del programma di interventi già attivo per i casi in carico, formulando progetti personalizzati appropriati per i nuovi casi;
- evitare che i Comuni e le ASL si facciano carico impropriamente di costi e prestazioni non di competenza
- riprogrammare i servizi pre-esistenti in vista del bisogno emerso dalla valutazione delle UVI

In conclusione, l'integrazione socio-sanitaria si realizza, a partire dal progetto personalizzato dell'intervento piuttosto che dall'integrazione finanziaria ed organizzativa

5. Per facilitare la programmazione congiunta degli interventi socio-sanitari, gli Assessorati regionali alle Politiche sociali e alla Sanità hanno convenuto di stabilire una data unica e coincidente per la presentazione dei P.d.Z. e per la parte relativa agli interventi socio-sanitari integrati dei PAT, **prevista per il 15 settembre 2006**.

Inoltre i due Assessorati, per la programmazione sociale e socio-sanitaria 2006, hanno elaborato e approvato i medesimi strumenti per la progettazione al fine di agevolare la programmazione integrata territoriale. Gli strumenti proposti, su cui tale programmazione deve esprimersi sono:

- scheda finanziaria 3.7, per evidenziare le previsioni finanziarie 2006 e riplotigare per il 2005 i servizi integrati già co-programmati, sia riferibili ai LEA che ad altri interventi integrati. Possono essere riportate per il 2005 e per le previsioni 2006 anche le risorse che Ambiti e ASL impegnano ciascuno autonomamente finalizzati a dare risposte integrate; all'interno della scheda devono essere riportate le informazioni relative a tutte le schede progettuali presentate nel piano di zona per gli interventi socio-sanitari;
- scheda specifica per la progettazione di dettaglio degli interventi socio-sanitari. Le informazioni relative a ciascuna scheda progettuale devono essere riportate sia nella scheda 3.3 che 3 nella scheda 3.7;
- Scheda per l'analisi della composizione e distribuzione delle funzioni all'interno dell'UVI.

Tutte le schede compilate devono essere espressamente sottoscritte dal **Coordinatore dell'Ufficio di Piano e dal Direttore del Distretto Sanitario**, e inserite quale parte integrante nel P.d.Z. e nel P.A.T. aziendale sottoscritti a loro volta dal sindaco del Comune capofila e dal Direttore Generale della ASL.

4.1 Schede congiunte PAT e PdZ V Annualità

1. **Nelle more dell'approvazione della Legge Regionale sulla Dignità Sociale**, gli Assessorati regionali alle Politiche Sociali e alla Sanità intendono elaborare congiuntamente **indirizzi per la attuazione di interventi socio-sanitari per il prossimo triennio di programmazione territoriale**. Già nei prossimi mesi intendono però attivare, anche con una strategia integrata di gestione delle risorse finanziarie e con bandi unici, azioni integrate e fortemente innovative su alcune aree di intervento di estrema delicatezza, con iniziative in particolare per il reinserimento sociale delle persone detenute presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della regione e delle persone con problemi di tossicodipendenza detenute in carcere, e programmi di Adozione Sociale per i bambini ad alto rischio evolutivo perché appartenenti a nuclei familiari multiproblematici. Le azioni integrate prevedono anche i programmi innovativi prevedono il forte coinvolgimento sia del livello regionale che degli Ambiti territoriali e delle AASSLL interessate, nonché dei soggetti del terzo settore impegnati per l'integrazione sociale di soggetti fortemente svantaggiati.

2. Per quanto attiene la programmazione territoriale sociale e socio-sanitaria per il 2006 i due Assessorati **ribadiscono**, in maniera condivisa, l'importanza dell'implementazione dei servizi socio-sanitari integrati di cui al DPCM del 29/11/01 allegato 1C. Trattandosi però di servizi definiti Livelli Essenziali di Assistenza, il loro finanziamento e quindi la loro piena attuazione richiedono l'individuazione di apposite e adeguate risorse finanziarie da parte del livello centrale di governo e/o da parte della Regione, soprattutto per garantire la componente sociale delle prestazioni.

In assenza di tali risorse congrue e certe, Ambiti e ASL possono intanto attivare congiuntamente gli strumenti utili alla conoscenza del bisogno di prestazioni integrate, senza che questo comporti immediatamente un obbligo alla compartecipazione ai costi da parte dei Comuni o degli utenti, **ma serva alla rivalutazione dei casi in carico ed alla eventuale riqualificazione del Sistema di Servizi**. Pertanto appare necessario ricordare l'importanza dell'attivazione del monitoraggio del bisogno di prestazioni integrate, nonché di eventuali servizi integrati già attivati o attivabili, per individuare le risorse necessarie per la prossima programmazione triennale.

3. Si **ribadisce** l'importanza dell'attivazione delle UVI e **della loro apposita regolamentazione** in quanto il loro funzionamento a regime, come luogo di individuazione del fabbisogno di prestazioni socio-sanitarie integrate, e il monitoraggio degli esiti delle valutazioni congiunte consentiranno per il prossimo triennio di avere tutti gli elementi necessari, sia a livello regionale che territoriale, per una programmazione del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari più aderente al bisogno emerso **evitando l'attivazione di prestazioni inappropriate**. Le risorse finanziarie individuate per garantire i LEA potranno a quel punto allo stesso tempo essere appropriatamente programmate per garantire il finanziamento delle prestazioni evidenziate come necessarie **ed adeguate ai bisogni emersi**.

Tutto il sistema d'accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate è già delineato nelle Linee di indirizzo adottate con DGRC n. 6467 del 2002, mentre le funzioni, la composizione e il funzionamento delle UVI sono descritte e disciplinate dalla DGRC n. 2006 del 5/11/04, così come nella stessa delibera vengono proposti gli strumenti di

I) Scheda per la progettazione di dettaglio dei Servizi

Scheda n. _____

PIANO DI ZONA 2005

Ambito _____ Comune Capofila _____
ASL _____ Distretti _____Progetto a valere anche su⁴:

- Risorse regionali anziani (L.R. 21/89)
- Risorse regionali disabili (L.R. 11/84)
- Risorse regionali L.R. 2/04
- Risorse regionali L.R. 8/04

1 Informazioni generali

Nome del Servizio / progetto _____

Area di intervento: _____

Servizio in continuità con l'annualità precedente:

- Servizio di nuova istituzione
- Servizio integrato con altri enti pubblici (ASL, Ministero Giustizia, ecc.)
- Se il servizio è ad integrazione sociosanitaria indicare la tipologia LEA corrispondente _____

2 Tipologia di servizio

Cod (***) _____

Denominazione del servizio (***) _____

I Questa voce va compilata inserendo apposite crocette solo se la scheda progetto fa riferimento ad interventi da realizzare con le risorse regionali (LL.RR. n. 21/89; 11/84; 8/04; 2/04)

(**) Prendere riferimenti corrispondenti dal Nomenclatore Allegato

3 Soggetto titolare⁵ ed enti coinvolti

Nota: Distretto Sanitario; Comune capofila, nel caso in cui l'intervento/servizio abbia un'area di interesse sovracomunale; singolo Comune, nel caso in cui l'intervento/servizio abbia dimensione comunale.

4 Modalità di associazione eventualmente prevista tra i Comuni della zona per la gestione dell'intervento/servizio

Nota: Considerare tale punto solo per quegli interventi o quei servizi per i quali si prevede di attivare forme di associazione tra i Comuni interessati o tra Comuni e ASL. Indicare delega all'ASL, protocolli operativi per ADI, Consorzio di Comuni, Azienda Speciale, Istituzione Comunale, per le diverse forme di gestione eventualmente previste.

5 Tipologia di soggetto attuatore e modalità di affidamento
GESTIONE DIRETTA
AFFIDAMENTO A TERZI
GESTIONE MISTA

Nota: Specificare se il Soggetto titolare intende realizzare il servizio/progetto direttamente oppure se il Soggetto titolare si avvarrà di soggetti terzi (in tal caso, per i servizi in continuità con l'annualità precedente, è necessario indicare il nome del soggetto gestore). Specificare se è stato predisposto un regolamento per l'affidamento del servizio e/o per l'istituzione di un Albo dei soggetti erogatori, da allegare al progetto.

6 Obiettivi

Nota: Descrivere qualitativamente e quantitativamente i risultati che si intende ottenere con l'intervento proposto. Per i progetti in continuità indicare i risultati ottenuti.

² Il Soggetto titolare dell'intervento è il soggetto beneficiario, a cui cioè andranno le risorse per la copertura finanziaria del servizio/intervento, indipendentemente dalle modalità di gestione che tale soggetto sceglierà di adottare, ivi compreso l'affidamento a soggetti terzi, che configurerebbero il soggetto attuatore.

7 Tipologia di utenza, numero e stima del bacino di utenza

Nota: Specificare se il servizio/intervento è rivolto ad un bacino di utenza dell'intero Ambito territoriale, distrettuale, di più comuni o di un singolo comune (in caso di assistenza domiciliare indicare gli standard assistenziali adottati). Per i servizi in continuità, indicare il numero di utenti che hanno beneficiato del servizio nella precedente annualità

8 Principali attività previste

Nota: elencare nel dettaglio gli interventi/prestazioni. Nel caso in cui il servizio viene attuato in collaborazione con altri enti, specificare le modalità di integrazione per lo svolgimento delle attività (ruoli, funzioni, ecc...) Per i servizi semiresidenziali

9 Contenuti tecnici (metodologie adottate, strumenti di lavoro, ecc.)

Nota: Indicare la metodologia e gli strumenti che verranno adoperati per attuare i progetti. Per tutti quei servizi che prevedono la stesura del progetto individuale indicare strumenti e procedure per la valutazione degli utenti.

10 Durata complessiva del servizio e principali fasi del lavoro

Nota: Per i servizi in continuità indicare anche i tempi e i giorni di attività del servizio

11 Spesa totale prevista e distinta per fonti di finanziamento

Fonti di riparto	Importo
FNPS	
L.R. 21/89	
L.R. 11/84	
L.R. 8/04	
L.R. 2/04	
Fondi comunali	
Fondi ASL	
Altro (specificare)	
TOTALE	

12 Localizzazione del servizio/progetto

Nota: Nel caso di progetti in continuità con annualità precedenti, indicare sempre l'indirizzo e il recapito telefonico della sede operativa del servizio.

13 Referente istituzionale del servizio / progetto

NOTA: indicare sempre il nome del Referente Istituzionale. Per i progetti in continuità è necessario specificare anche il nome dell'attuale Responsabile Tecnico del Servizio / Progetto.

14 Profilo degli operatori richiesti per la realizzazione del servizio / progetto

Numero unità	Profilo professionale	Ente di appartenenza	Impegno temporale previsto

Aggiungere tante righe quanti sono gli operatori previsti.

15 Eventuali forme di integrazione con servizi sanitari

Nota: Specificare se l'integrazione riguarda le risorse finanziarie, il livello istituzionale, il livello organizzativo, o il livello professionale, con rispettivi ruoli, funzioni, ecc...

16 Strumenti e indicatori previsti per il monitoraggio e la valutazione

Indicatori

(**) il set minimo di indicatori da utilizzare è quello illustrato nella scheda monitoraggio dell'offerta dei servizi allegata
Per i servizi ad integrazione sociosanitaria considerare anche i seguenti indicatori:

- tempi medi di valutazione;
- tempi medi di invio;
- redazione progetto individualizzato

ALLEGATO 1

Schede di rilevazione del set minimo di dati quali/quantitativi per singola area ad alta integrazione socio-sanitaria

AREA MATERNO INFANTILE

Il DPCM del 21/02/01 fa rientrare tra gli interventi socio-sanitari nell'area materno-infantile le seguenti prestazioni-funzioni: 1) Assistenza di tipo consultoriale alla famiglia, alla maternità, ai minori attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche, riabilitative; 2) Attività assistenziali inerenti l'interruzione volontaria di gravidanza attraverso prestazioni mediche, sociali, psicologiche; 3) Protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso affidi e adozioni; 4) Interventi di sostegno per le famiglie di minori in situazione di disagio di disadattamento o di devianza; 5) Interventi per minori soggetti a provvedimenti penali, civili, amministrativi; 6) Interventi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori vittime di abusi.

La successiva griglia può essere un'utile scheda di rilevazione del set minimo di dati quali/quantitativi necessari ad analizzare il bisogno socio-sanitario.

Area	Target	n°	di cui n° in carico
Materno infantile	Famiglie		
	Famiglie unipersonali		
	Famiglie numerose (6 o più componenti)		
	Famiglie ultrasessantacinquenni		
	Famiglie con minori in disagio, disadattamento o devianza		
	Famiglie con minori a rischio		
	Famiglie con anziani		
	Famiglie che hanno chiesto reddito di cittadinanza		
	Famiglie con Reddito di cittadinanza		

Area	Target	n°	di cui n° in carico
	Donne in età fertile		
	Donne che hanno praticato IVG		
	Donne straniere temporaneamente presenti (STP)		
	Minori residenti		
	Minori con disagio, disadattamento o devianza		
	Minori a rischio (segnalati ai servizi sociali)		
	Minori sottoposti a precedenti penali		
	Minori segnalati al Serv. Conciliazione penale		
	Minori in affido familiare		
	Minori con disturbi dell'età infantile e adolescenziale		
	Minori in Adozione		
	Minori orfani assistiti		
	Minori riconosciuti da un solo genitore		
	Minori in Case famiglia		
	Minori in istituti residenziali		
	Minori in altre residenze protette		
	Minori vittime di abusi		
	Minori disabili in base alla L.104/92		
	Minori invalidi civili		
	Minori invalidi civili al 100%		
Minori stranieri temporaneamente presenti (STP)			
Minori in progetti personalizzati			

AREA DISABILITÀ

Il DPCM del 21/02/01 fa rientrare tra gli interventi sociosanitari nell'area disabilità le seguenti prestazioni-funzioni: 1) Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica; 2) Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia.

La successiva griglia può essere un'utile scheda di rilevazione del set minimo di dati quali/quantitativi necessari ad analizzare il bisogno sociosanitario.

Area	Target	n°	di cui n° in carico
Disabili	Disabili in base alla L.104/92 per tipologia di disabilità		
	Disabili invalidi civili al 100%		
	Disabili civili accertati		
	Disabili in semiconvitto		
	Disabili in strutture protette (convitto)		
	Disabili assistiti domiciliarmene		
	Disabili in ADI		
	Disabili adulti in progetti personalizzati		
	Disabili in ADP		

AREA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Il DPCM del 21/02/01 fa rientrare tra gli interventi sociosanitari nell'area Anziani le seguenti prestazioni-funzioni: 1) Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno, compresi interventi e servizi di sollievo alla famiglia.

La successiva griglia può essere un'utile scheda di rilevazione del set minimo di dati quali/quantitativi necessari ad analizzare il bisogno sociosanitario.

Area	Target	N°	di cui n° in carico
Anziani	Anziani (ultra sessantacinquenni)		
	Anziani soli (ultra sessantacinquenni che vivono in famiglie unipersonali)		
	Anziani a rischio ⁶		
	Anziani fragili ⁷		
	Anziani istituzionalizzati (case di riposo e cronici)		
	Anziani in RSA		
	Anziani in ADI		
	Anziani in ADP		
	Anziani in progetti personalizzati		
	Famiglie con anziani ultra sessantacinquenni		

⁶ Si definisce anziano a rischio la persona ultra sessantacinquenne che per condizione ambientale, per privazione affettiva e/o temporanea perdita di autonomia necessita di una temporanea tutela nel periodo di ripristino dello stato di benessere.

⁷ Si definisce anziano fragile la persona ultra sessantacinquenne il cui bisogno ha una natura multidimensionale biomedica, socio-economica e psico-emozionale che necessita di tutela sociale; in questo contesto la fragilità si sovrappone al concetto di rischio in termini sanitari (ad esempio, rischio di morte, di perdita di autonomia nelle attività della vita quotidiana o di supporto familiare).

AREA DIPENDENZE

Il DPCM del 21/02/01 fa rientrare tra gli interventi sociosanitari nell'area dipendenze le seguenti prestazioni-funzioni: Tutela delle persone dipendenti da alcool e da droga tramite prestazioni di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale, di riabilitazione e reinserimento sociale.

La successiva griglia può essere un'utile scheda di rilevazione del set minimo di dati quali/quantitativi necessari ad analizzare il bisogno sociosanitario.

Area	Target	n°
Dipendenze	Tossicodipendenti in carico al sert (Totale)	
	Tossicodipendenti seguiti ambulatorialmente	
	Tossicodipendenti seguiti in ADI	
	Tossicodipendenti seguiti in semiresidenza	
	Tossicodipendenti in Comunità terapeutica	
	Tossicodipendenti immigrati	
	Tossicodipendenti seguiti in carcere	
	Tossicodipendenti stranieri temporaneamente presenti (STP)	
	Tossicodipendenti in progetti personalizzati	

AREA SALUTE MENTALE

Il DPCM del 21/02/01 fa rientrare tra gli interventi sociosanitari nell'area Patologie psichiatriche le seguenti prestazioni-funzioni: 1) Tutela delle persone affette da disturbi mentali tramite prestazioni terapeutiche e riabilitative di tipo ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale e residenziale; 2) Accoglienza in strutture a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo.

La successiva griglia può essere un'utile scheda di rilevazione del set minimo di dati quali/quantitativi necessari ad analizzare il bisogno sociosanitario.

ed aggregazioni territoriali.

Area	Target	n°
Salute Mentale	Utenti in carico (Totale)	
	Utenti in carico con diagnosi di psicosi	
	Utenti seguiti ambulatorialmente	
	Utenti seguiti in semiresidenza	
	Utenti seguiti a domicilio	
	Utenti istituzionalizzati	
	Utenti in altre strutture a bassa soglia	
	Utenti seguiti in carcere	
	Utenti Stranieri temporaneamente presenti (STP)	
	Personne in progetti personalizzati	

AREA MALATI TERMINALI

Il DPCM del 21/02/01 fa rientrare tra gli interventi socio-sanitari nell'area Pazienti terminali le seguenti prestazioni-funzioni: 1) Prestazioni e trattamenti palliativi in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale.

La successiva griglia può essere un'utile scheda di rilevazione del set minimo di dati quali/quantitativi necessari ad analizzare il bisogno socio-sanitario.

Area	Target	n°
Malati terminali	N° pazienti ricoverati per patologie oncologiche	
	Malati terminali ⁸	
	Malati terminali seguiti ambulatorialmente	
	Malati terminali in ADI	
	Malati terminali seguiti in semiresidenza	
	Malati terminali istituzionalizzati (ospice e ospedale)	
	Malati terminali in progetti personalizzati	

⁸ Con speranza di vita stimata inferiore a 6 mesi.

AREA PERSONE AFFETTE DA HIV

Il DPCM del 21/02/01 fa rientrare tra gli interventi socio-sanitari nell'area Patologie per infezioni da HIV le seguenti prestazioni-funzioni: 1) Cura e trattamenti farmacologici particolari per la fase di lungoaassistenza ed accoglienza in strutture residenziali; 2) Eventuali programmi di reinserimento sociale e lavorativo.

La successiva griglia può essere un'utile scheda di rilevazione del set minimo di dati quali/quantitativi necessari ad analizzare il bisogno socio-sanitario.

Area	Target	n°
HIV	Persone con diagnosi di AIDS	
	Test di laboratorio positivi per HIV	
	Persone con HIV seguite in ADI	
	Persone con HIV seguite in semiresidenza	
	Persone con HIV istituzionalizzate	
	Persone con HIV straniere temporaneamente presenti (STP)	
	Persone con HIV in progetti personalizzati	

ALLEGATO 2**GLI INDICATORI DI SALUTE DELLA WORLD HEALTH ORGANIZATION**

Il profilo della salute di una comunità descrive le dimensioni quantitative e qualitative della salute del cittadino e dei fattori che la influenzano su di un determinato territorio. L'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ambito del Progetto «Città Sane» ha proposto, per la realizzazione del *Profilo di comunità*, 32 indicatori suddivisi in epidemiologici, ambientali, socioeconomici e di offerta di servizi di seguito elencati ed il cui utilizzo si suggerisce:

A – INDICATORI EPIDEMIOLOGICI**A1 Mortalità: tutte le cause**

Tasso annuo di mortalità: tutte le cause di morte per ciascun gruppo d'età

A2 Cause di morte

Tasso annuo di mortalità per alcune cause di morte (i codici sono riferiti alla IX Classificazione Internazionale delle Malattie - ICD 9)

A3 Basso peso alla nascita

Percentuale di bambini che alla nascita pesavano 2,5 kg o meno

B – INDICATORI SUI SERVIZI SANITARI**B1 Esistenza di un programma cittadino di educazione sanitaria**

Attività di educazione sanitaria e promozione della salute finalizzate a migliorare le conoscenze e gli interventi inerenti tabacco, alcool, nutrizione, droghe, incidenti e altri aspetti correlati con la salute

B2 Percentuale di bambini che hanno completato i cicli vaccinatori

Percentuale di bambini che hanno completato i cicli vaccinatori

B3 Numero di abitanti per medico impegnato nell'assistenza sanitaria primaria

Numero di abitanti per medico/pediatra impegnato nell'assistenza sanitaria primaria

B4 Numero di abitanti per infermiere

Numero di abitanti per infermiere operante in tutti gli ambiti dell'assistenza sanitaria (preventiva, distrettuale, ospedaliera)

B5 Percentuale di popolazione coperta da assicurazione sanitaria

Percentuale di popolazione con un'assicurazione sanitaria pubblica

B6 Disponibilità di servizi sanitari primari erogati in lingua straniera

Disponibilità di servizi di assistenza sanitaria primaria in cui si parlano le lingue delle principali minoranze etniche presenti in città

B7 Numero di argomenti relativi alla salute esaminati in consiglio comunale

Nelle "questioni correlate con la salute" vengono ricomprese le questioni di tipo sanitario, sociale e ambientale portate all'attenzione del Consiglio e della Giunta comunale e le decisioni conseguenti

C – INDICATORI AMBIENTALI**C1 Inquinamento atmosferico**

Percentuale delle analisi il cui valore eccede i limiti previsti dalla normativa nazionale vigente

C2 Qualità dell'acqua potabile

Percentuale delle analisi il cui valore supera i limiti previsti dalla normativa nazionale vigente

C3 Percentuale di inquinanti rimossa dalle acque reflue prodotte

L'indicatore descrive il livello di depurazione delle acque reflue prima della loro reimmissione

C4 Indice di qualità della raccolta dei rifiuti urbani

L'indicatore descrive la tipologia dei sistemi di raccolta dei rifiuti solidi urbani

C5 Indice di qualità dello smaltimento dei rifiuti urbani

L'indicatore descrive le modalità di smaltimento dei rifiuti solidi urbani

C6 Aree verdi della città

L'indicatore descrive la presenza nel territorio comunale di superfici coperte da vegetazione

C7 Aree verdi della città accessibili al pubblico

L'indicatore descrive l'accessibilità al pubblico delle aree verdi

C8 Aree industriali dismesse

Presenza di aree industriali abbandonate nel contesto della città

C9 Sport e tempo libero

Numero di strutture sportive per 1.000 abitanti (considerare le singole strutture componenti – ad esempio, palestra, campo da tennis, piscina, ecc.)

C10 Zone pedonali

L'indicatore mostra l'importanza data alle zone ad uso esclusivo dei pedoni, nelle quali il traffico veicolare non è consentito

C11 Piste ciclabili

L'indicatore mostra l'importanza data ai percorsi ad uso esclusivo dei ciclisti.

C12 Trasporto pubblico

L'indicatore considera la media giornaliera dei passeggeri trasportati dai mezzi del trasporto pubblico urbano

C13 Diffusione della rete di trasporto pubblico

L'indicatore confronta la lunghezza della rete di trasporto pubblico urbano con la lunghezza complessiva delle strade nel territorio comunale

C14 Spazi abitabili

È il numero medio di stanze (con superficie maggiore di 8 metri quadrati e con destinazione specifica) a disposizione di ciascun abitante

D – INDICATORI SOCIO-ECONOMICI

D1 Percentuale di popolazione che vive in alloggi di livello inferiore allo standard

Percentuale di popolazione che abita in abitazioni classificate in categoria A5 (ultrapopolari - vecchie costruzioni, di modeste condizioni generali, con servizi e impianti igienici antiquati e insufficienti, carenti di impianti fissi per riscaldamento)

D2 Stima del numero dei senzatetto

Numero delle persone che non hanno una casa e che vivono in strada oppure sono temporaneamente accolte in strutture appositamente predisposte (sono escluse le persone che vivono in alloggi mobili).

D3 Tasso di disoccupazione

Persone in cerca di occupazione con precedenti esperienze lavorative

D4 Percentuale di persone che vivono al di sotto del reddito medio procapite

Percentuale di cittadini che hanno ricevuto dal Comune un contributo per l'integrazione del reddito al minimo vitale

D5 Percentuale di posti per bambini in età prescolare

Percentuale di bambini in età prescolare che possono trovare posto negli asili nido

D6 Percentuale di nati vivi secondo l'età della madre (>20, 20-35, 35+)

Percentuale di nati vivi nelle specifiche classi d'età materna

D7 Tasso d'abortività in relazione al numero totale di nati vivi

Percentuale di aborti spontanei e volontari in relazione al numero totale di nati vivi

D8 Percentuale di persone disabili occupate

Numero di persone disabili impegnate in attività lavorative

Tali indicatori possono essere integrati da altri più specifici per il monitoraggio e la programmazione delle attività sociosanitarie:

E - indicatori della qualità dell'integrazione sociosanitaria

E1 Efficacia ed appropriatezza della spesa sociosanitaria

Percentuale della spesa sociosanitaria erogata attraverso progetti personalizzati integrati (ASL, Comune ed altri soggetti) sul totale della spesa nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria.

Tale indicatore può essere scomposto per singola area ad alta integrazione sociosanitaria (Materno infantile, Disabilità, Anziani, Dipendenze, Patologie psichiche, Patologie terminali e Patologie da HIV), riportandone la percentuale sulla relativa spesa di area.

E2 Propensione alla domiciliarità

Percentuale delle persone prese in carico in assistenza domiciliare integrata (ADI), con progetti individuali integrati, in relazione al totale complessivo degli utenti presso strutture protette residenziali e semiresidenziali sanitarie e sociosanitarie.

Tale indicatore può essere scomposto per singola area ad alta integrazione sociosanitaria (Materno infantile, Disabilità, Anziani, Dipendenze, Patologie psichiche, Patologie terminali e Patologie da HIV), riportandone la percentuale sul relativo n° di utenti dell'area ed essere disaggregato per residenza, sesso ed età degli utenti stessi.

(Nella valutazione del fabbisogno di domiciliarità è opportuno considerare anche utenti con specifiche patologie post-acute ospedalizzati, persone che hanno misure alternative alla detenzione o che si trovano presso Ospedali Psichiatrici Giudiziari pur avendo esaurito le misure di sicurezza)

E2 Diritto alla famiglia

Percentuale di minori in affido familiare rispetto al totale complessivo dei minori in strutture residenziali protette (Istituti, Comunità alloggio, Comunità di tipo familiare, ecc.).

Percentuale di anziani e/o disabili assistiti da familiari (o badanti) presso il domicilio rispetto al totale complessivo degli anziani in strutture residenziali protette.

E4 Qualità della presa in carico

Percentuale delle persone prese in carico attraverso Progetti personalizzati e piani di lavoro integrati rispetto al totale degli utenti nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria. Tale indicatore può essere scomposto per singola area ad alta integrazione sociosanitaria (Materno infantile, Disabilità, Anziani, Dipendenze, Patologie psichiche, Patologie terminali e Patologie da HIV), riportandone la percentuale sul relativo n° di utenti dell'area ed essere disaggregato per residenza, sesso ed età degli utenti stessi.

ALLEGATO 3**Indicatori ECHI-2 ('the shortlist')**

European Community Health Indicators, projects under the HMP, Health Monitoring Programme

Versione 22 giugno 2004

Alcuni indicatori sono già previsti nell'allegato 2.

	Indicatori usualmente disponibili	Indicatori disponibili in parte
Indicatori demografici e socioeconomici	Popolazione per età Tasso di nascita Tasso di fertilità Proiezioni demografiche Popolazione scolastica Popolazione per stato occupazionale Disoccupazione Disuguaglianze nel reddito	
Indicatori sullo stato di salute	Aspettative di vita Mortalità infantile Mortalità perinatale Tasso di mortalità standardizzato 0-65 anni Tasso di mortalità standardizzato 65+ anni Decessi per droga Incidenza Hiv/Aids Incidenza tumore al polmone Incidenza tumore al seno (Basso) Peso alla nascita Malattie professionali Salute generale percepita Prevalenza di ogni malattia cronica Limitazioni alle normali attività negli ultimi 6 mesi Assenza di malattie	Decessi per fumo Decessi per alcool Prevalenza diabete Prevalenza demenza/alzheimer Prevalenza depressione Dipendenza da alcool Incidenza da infarto acuto del miocardio Incidenza ictus Prevalenza Asma Tentativi di suicidio Limitazioni a vista... Disagio psicologico Attese di salute
Determinanti di salute	Fumatori regolari Calorie ingerite Assunzione di frutta Assunzione di verdura Gravidanze precoci Esposizione a polvere PM10	Copertura antiinfluenzale Screening tumore al seno Screening tumore alla cervice Visite mediche (eccetto mmg) Utilizzo farmaci Liste di attesa interventi chirurgici Infezioni ... Stadio di individuazione del tumore Monitoraggio diabete