



Provvedimento del Direttore Generale

N. 999 del - 1 SET, 2010

OGGETTO: Assistenza territoriale distrettuale: sviluppo e potenziamento rete servizi integrati.

Il giorno 01 del mese di Settembre dell'anno duemiladieci, nella sede dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, sito in Via Petrella, 1 – Campobasso

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Angelo Percopo prende in esame, per le determinazioni di competenza, l'argomento di cui in oggetto:

E' presente

Il Direttore Sanitario – Dott. Giancarlo Paglione

Il Direttore Amministrativo – D.ssa Gianfranca Testa

VISTA la Legge Regionale n.9 del 01 aprile 2005 di riordino del Servizio Sanitario Regionale, così come modificata dalla L.R. n.34/2008;

RICHIAMATO il provvedimento della Giunta Regionale n.1867 del 26/12/2005 con il quale è stata costituita l'ASREM (e, per l'effetto, è stata dichiarata la decadenza degli Organi delle Aziende Sanitarie Locali) e nominato il Direttore Generale;

RICHIAMATO il provvedimento di Giunta Regionale n.682 del 26.06.2009 di nomina del Direttore Generale;

VISTO:

- l'art. 3-quinquies del D.lgs 502/92 e ss.mm.ii. che ha attribuito all'ambito distrettuale e territoriale i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie, ivi inclusa l'assistenza domiciliare ;
- la Legge Quadro n. 328/2000 che ha definito i contenuti, i percorsi e le metodologie circa le prestazioni di carattere socio-sanitario, avviando la ridefinizione degli assetti organizzativi territoriali, e provvedendo alla definizione di un quadro normativo più completo ai fini della pianificazione e riorganizzazione degli interventi a carattere sociale, sanitario e socio-sanitario.



- il D.P.C.M. del 29.11.2001 – Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che ha garantito l'erogazione dell'assistenza programmata a domicilio e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADP e ADI) e ha stabilito che, nell'ambito dell'integrazione socio-sanitaria, la precisazione delle linee prestazionali a carico del sistema sanitario deve tener conto dei diversi livelli di dipendenza e non autosufficienza;
- il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 che ha rafforzato la tutela dei soggetti fragili, tra cui gli anziani e i soggetti nella fase terminale della vita;
- gli Accordi collettivi con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta, nonché con i medici specialisti ambulatoriali firmati il 27 maggio 2009 che rappresentano i principali riferimenti programmatori dell'assistenza domiciliare e che riprendono in generale quanto contenuto negli Accordi precedenti. In particolare, si confermano invariati gli allegati G (Assistenza domiciliare programmata nei confronti dei soggetti non ambulabili) ed H (Assistenza domiciliare Integrata) dell'ACN dei MMG, nonché l'allegato E (Assistenza Domiciliare ai bambini con patologia cronica) dell'ACN dei PLS;
- il Documento di caratterizzazione delle cure domiciliari in Italia elaborato da uno specifico gruppo di lavoro ed approvato dalla Commissione LEA il 18 ottobre 2006 il quale, pur non avendo valore normativo è stato recepito da numerosi regioni italiane costituendo un riferimento importante per lo sviluppo armonico del sistema dell'home care. Tale documento articola il sistema delle cure domiciliari su 3 livelli in relazione alla natura e alla complessità del bisogno della persona, all'intensità e alla durata dell'assistenza:
 - cure domiciliari ad elevata intensità assistenziale
 - cure domiciliari a media elevata intensità assistenziale
 - cure domiciliari a bassa intensità assistenziale

DATO ATTO che con **DGR n. 556 del 30.5.2007 - Piano Regionale e Linee Guida per il Sistema delle Cure Domiciliari, la Regione Molise** ha recepito le indicazioni riportate nel DPCM 14.2.2001 e nel DPCM 29.11.2001, tenuto conto anche della proposta formulata dall'Azienda Sanitaria Regionale;

CHE con successivo provvedimento del Direttore Generale **n.420 del 28.06.2007**, nel recepire la delibera di Giunta Regionale n. 556 del 30.05.2007 veniva adottato il Piano Attuativo Aziendale per le Cure Domiciliari quale programma operativo a valenza zonale, distrettuale e interdistrettuale condizionando la sua sperimentazione ed operatività alla ricezione di valutazioni di congruità tecnica da parte della Direzione Generale V e dell'Osservatorio Regionale sulla Qualità dei Servizi Sanitari Regionali. Pur in assenza di riscontri da parte della Regione, in ambito aziendale veniva disposta la sperimentazione del nuovo sistema dei ridefiniti percorsi assistenziali delle Cure domiciliari nelle realtà territoriali che già avevano avviato prese in carico domiciliari;

CHE successivamente, con **DGR n. 101 del 4.2.2008** veniva adottata, quale strumento multidimensionale di valutazione, la scheda SVAMA per garantire la qualità dei servizi integrati e delle procedure per l'ammissione delle prestazioni assistenziali per pazienti non autosufficienti. Nel medesimo atto, veniva anche individuato il processo attraverso il quale si svolge la valutazione multidimensionale come di seguito precisato:



- accesso ai servizi del Distretto Sanitario attraverso la Porta Unica di Accesso (PUA)
- presa in carico da parte del Distretto
- valutazione multidimensionale da parte dell'UVIM
- elaborazione del PAI da parte dell'UVIM e individuazione del case-manager
- erogazione delle prestazioni di assistenza domiciliare/residenziale/semiresidenziale
- verifica degli esiti delle prestazioni da parte del case-manager

CHE al fine di conformarsi al Programma operativo di rientro del debito sanitario per il triennio 2007-2009, sancito con l'accordo ai sensi dell'art.1 – comma 180 – della legge 311/2004, la Regione, con **DGR 366 dell'8.4.2008**, ha ridefinito le linee di organizzazione delle cure domiciliari, secondo le indicazioni espresse dalla Commissione Nazionale del Ministero della Salute per la definizione e l'aggiornamento dei LEA in tema di cure primarie e assistenza domiciliare.

CHE ai fini della compiuta realizzazione di un sistema integrato socio-sanitario, la Regione ha provveduto a ridefinire gli ambiti sociali comunali, attraverso la coincidenza degli stessi con la delimitazione territoriale dei Distretti Sanitari;

PRESO ATTO, altresì che la razionalizzazione degli interventi sanitari, socio sanitari ed assistenziali a favore degli anziani, rappresenta un obiettivo importante della strategia regionale e che in tale ottica è necessario incentivare i processi di deospedalizzazione, riconoscendo il ruolo del distretto socio sanitario quale punto di riferimento per il soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini attraverso la realizzazione di interventi coordinati e mirando alla semplificazione dei percorsi. La sede distrettuale deve diventare concretamente il luogo dove le funzioni assistenziali domiciliari non solo si devono aggregare ma anche integrare, coordinare e cooperare in una logica di complementarità a garanzia di una reale continuità assistenziale, in raccordo con gli ambiti territoriali sociali ;

RICHIAMATO il Decreto del Commissario ad Acta n.17/2010 con il quale è stato approvato il Piano Operativo Regione Molise anno 2010;

DATO ATTO che il predetto documento, all'Obiettivo 2 definisce le azioni per la riorganizzazione della rete delle strutture residenziali, semiresidenziali e dell'Assistenza Domiciliare (Piano di Rientro 2007-2009 Obiettivo Specifico n.8);

CHE, l'attuale organizzazione, non rispondente alle esigenze di salute della Regione Molise, rende indispensabile la definizione del bisogno assistenziale, qualificando e rafforzando il sistema dell'offerta attraverso una programmazione dei servizi che garantisca i livelli di assistenza sanitaria e di tutela sociale, favorendo la permanenza degli anziani presso il proprio domicilio o presso strutture residenziali e semiresidenziali in grado di garantirne la presa in carico, ed evitando così ricoveri ospedalieri impropri;

VISTO, il Decreto del Commissario ad Acta n.19/2010 con il quale, tra l'altro, è stata prevista la riconversione di posti letto per acuti in posti di residenze sanitarie assistenziali in numero di 40 per ciascun presidio riconvertito di Agnone, Venafro e Larino;

RICHIAMATI i provvedimenti del Direttore Generale nn. 740-741-742 del 25.06.2010 con i quali sono state definite, in ottemperanza all'obiettivo del Piano Operativo, le attivazioni dei posti letto in



RSA presso gli stabilimenti di Agnone, Venafro e Larino, e il provvedimento del Direttore Generale n.849 del 20.07.2010 con il quale sono state proposte per l'approvazione alla Regione le linee guida ed il regolamento di funzionamento delle RSA;

DATO ATTO che l'Obiettivo 2 del predetto Piano Operativo prevede, altresì, il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata la cui realizzazione presuppone lo sviluppo dei seguenti elementi:

- riorganizzazione della rete dei servizi sanitari, potenziando l'assistenza territoriale e l'integrazione socio-sanitaria;
- garanzia di un livello di assistenza alle persone non autosufficienti su tutto il territorio regionale, ancorando la definizione del livello all'individuazione di standard e prestazioni, di processo e di esito, anche ai fini di una valutazione della sua effettiva erogazione;
- eliminazione delle disuguaglianze che caratterizzano l'accesso ai servizi attivando i servizi e gli operatori per rispondere in maniera coordinata e continuativa alla molteplicità dei bisogni espressi, in un sistema di interrelazioni che costituiscono la rete integrata per le disabilità.
- Garanzia dell'approccio al paziente con disabilità attraverso il coordinamento delle attività multidisciplinari e multiprofessionali che analizzino tutti gli aspetti della persona in relazione ai bisogni causati dall'evento lesivo per la successiva elaborazione di un programma individualizzato di riabilitazione, rieducazione e reinserimento sociale alla cui definizione partecipa attivamente il paziente con disabilità e la sua famiglia;

CONSIDERATO che,

- L'Assistenza Domiciliare, per sua natura, implica il passaggio tecnico e metodologico da una logica centrata sull'erogazione di buone prestazioni ad una più matura capace di progettare e gestire processi assistenziali a partire da un'analisi multifattoriale del bisogno per differenziarne i contenuti dei diversi percorsi assistenziali. Nel mentre l'intervento assistenziale prestazionale non richiede valutazioni multidimensionali e multi professionali, l'intervento assistenziale integrato nasce dalla valutazione unitaria del bisogno, procede alla definizione unitaria del progetto di intervento, si realizza con la stessa logica e valuta in modo integrato i benefici di salute prodotti. Il terreno dell'integrazione socio-sanitaria rappresenta una delle sfide maggiori che il sistema dell'ADI in Molise deve affrontare nel breve periodo; la pianificazione sociale realizzata attraverso i piani di zona rappresenta un'occasione di ulteriore miglioramento per i servizi di Assistenza Integrata, ma nello stesso tempo incorre in limiti e criticità che possono far fare un passo indietro a tutto il sistema ove non correttamente governato;

- L'Assistenza Domiciliare Integrata in Molise, pur in presenza di linee guida regionali ed aziendali, mostra attualmente evidenti differenze organizzative e strutturali nelle diverse realtà territoriali regionali che dovranno essere necessariamente superate per garantire un servizio eccellente su tutto il territorio ;

- che il mutamento in corso, tuttavia, è stato ostacolato, di fatto, dai differenti assetti organizzativi e gestionali che hanno caratterizzato il servizio ADI nelle quattro ex Zone Territoriali della Regione.



Le differenze più evidenti riguardano il numero di UVIM in rapporto ai distretti, le prestazioni erogate, le modalità di erogazione delle stesse: sul piano organizzativo tali differenze riflettono disparità di servizi e di trattamento dei cittadini.

DATO ATTO che il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali (Settore Salute e Settore Sociale) ed il Dipartimento delle Politiche per la Famiglia della Presidenza del Consiglio dei Ministri hanno messo a punto il "Progetto Obiettivi di Servizio" con il quale le Regioni sono chiamate a sviluppare servizi di assistenza in favore delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie, in vista del raggiungimento dell'obiettivo di servizio S.06 (Presenza in carico degli anziani per il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata con innalzamento della percentuale degli anziani over 65 dall'1,6% al 3,5% della popolazione assistita entro il 2013);

CHE il raggiungimento dell'Obiettivo di Servizio S.06 ben si riallaccia all'Obiettivo 2 del Piano Operativo della Regione Molise permettendo lo sviluppo da parte dei diversi attori coinvolti di azioni integrate e volte al raggiungimento dei risultati attesi;

CHE la Regione, in riferimento a quanto previsto nel Progetto "Obiettivi di Servizio" ha inteso trasferire alla ASREM una serie degli interventi da realizzare al fine di pervenire al raggiungimento di quanto richiesto in sede nazionale;

CHE la ASREM in coerenza agli obiettivi affidati sia dal Progetto suindicato che dal Commissario ad Acta con le indicazioni date dal Piano Operativo della Regione Molise Anno 2010, con provvedimento del Direttore Generale n. . 419 del 21.04.2010:

- ha preso atto della delibera di Giunta Regionale n. 168 del 23.02.2009 con la quale è stato adottato il Piano Attuativo Regionale Fondo Aree Sottosviluppate 2007/2013 e il Piano di Azione per il raggiungimento degli obiettivi di servizio e , in sede di trasmissione della stessa alla ASREM con nota n. 14367 del 20.10.2009 richiesto l'attivazione delle attività istruttorie necessarie all'attuazione delle azioni e degli interventi indicati nel dossier tematico S.06;
- ha dato mandato alla Direzione Amministrativa ASREM , individuata quale referente per l'Area territoriale ASREM in sede di Piano di Rientro, di predisporre gli atti necessari alla organizzazione e diffusione della assistenza domiciliare in ambito aziendale e ogni altro adempimento correlato alle azioni previste nell'obiettivo specifico S.06 per il potenziamento dei servizi domiciliari dedicati agli anziani dando particolare rilevanza agli interventi coordinati coniugando le esigenze sanitarie a quelle sociali, nell'attuazione di politiche volte a migliorare la qualità e la capillarità della offerta del sistema pubblico verso l'utenza fragile;
- con i provvedimenti del Direttore Generale nn. 727 e 729 del 22.06.2010 e n.19 del 19.01.2010 ha attivato le Porte Uniche di Accesso e le Unità di Valutazione Multidimensionale nei Distretti di Campobasso, Boiano-Riccia e Termoli;

RICHIAMATO il provvedimento della Giunta Regionale del Molise n. 417/2010 con il quale è stato acquistato un software per la gestione integrata dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, l'assistenza domiciliare e l'assistenza protesica che permetterà alla ASREM per il tramite dei Distretti e gli Ambiti per il tramite dei Comuni di lavorare in rete sull'intero territorio regionale sulle



materie prima riportate e nel contempo di garantire il monitoraggio di tali forme di assistenza nel rispetto dei DD.MM. del 17.12.2008;

RITENUTO, indispensabile quindi adottare una metodologia programmatica ed attuativa integrata tra Distretto sanitario e Ambito territoriale, quale fattore propedeutico all'avvio, alla sperimentazione ed alla qualificazione dei servizi socio-sanitari di territorio;

CHE, pertanto, il modello di governance integrato, da adottare in tutti i territori di Ambito/Distretto, nel rispetto delle indicazioni emerse nel tavolo tecnico regionale (Ministero, Formez, Assessorato Regionale Programmazione, Assessorato Regionale Politiche Sanitarie e Assessorato Regionale Politiche Sociali) di cui parte componente anche la rappresentanza della ASREM è il seguente:

Livello Politico	<ul style="list-style-type: none">- Conferenza dei Sindaci Ambito- Direttore generale ASL	Definizione e formalizzazione del Documento d'indirizzo programmatico e gestionale attinente l'integrazione socio-sanitaria	Accordo di Programma ASREM/Ambiti sociali
Livello Attuativo	<ul style="list-style-type: none">- Ufficio del Piano (coordinatore ambito)- Distretto (Direttore di Distretto)	Attuazione e messa a regime delle scelte programmatiche e gestionali definite dal livello politico	Piano attuativo integrato
Livello Operativo	<ul style="list-style-type: none">- operatori del Servizio sociale dei Comuni- operatori dei Distretti ASREM	Qualificazione dei servizi intergrati	<ul style="list-style-type: none">- UVM- PUA- Protocolli operativi integrati- Proposte progettuali condivise

CHE:

- L'attuale quadro normativo di riferimento attinente l'area delle prestazioni socio-sanitarie, nel riconfermare il valore strategico di forme di integrazione e coordinamento programmatico, progettuale ed operativo, istituzionalizza una corresponsabilizzazione fra i due sistemi, sociale e sanità.

- Il rispetto del modello di governance territoriale della macro-area della programmazione e gestione della rete dei servizi socio-sanitari, consente di raggiungere gli obiettivi intermedi e che attengono l'avvio e la qualificazione in prima istanza delle PUA e delle UVM.

La qualificazione e messa a regime di tutti i livelli e strumenti della programmazione e gestione dell'area socio-sanitaria avrà come ricaduta ultima, l'implementazione e messa a regime a scala regionale della rete della domiciliarità integrata.



- In tale contesto la programmazione territoriale nelle sue diverse articolazioni rappresenta, dunque, la risposta più adeguata ai processi innovativi posti in essere dalla ASREM rispetto all'obiettivo di qualificazione della rete di servizi territoriali per non autosufficienti; il modello di governante elaborato è quindi lo strumento ed il luogo centrale dove sono elaborate azioni di miglioramento per realizzare politiche pubbliche integrate, assumendo decisioni su un'adeguata conoscenza della realtà sociale, sanitaria e ambientale della zona sociale/Distretto che attengono le persone non autosufficienti e le loro famiglie.

RITENUTO che obiettivo della ASREM è di garantire la messa a regime del Sistema dell'integrazione socio-sanitaria attraverso lo sviluppo delle seguenti azioni che interessano i diversi segmenti dell'integrazione socio-sanitaria e precisamente:

- Per l'integrazione programmatica integrata:
la definizione del Piano attuativo locale Ambito/Distretto sanitario

Per l'accesso:

- la messa a regime in tutti i Distretti della Porta Unica di accesso, quale modalità organizzativa deputata alla decodifica della domanda e alla proiezione sul territorio della complessità e globalità delle risorse disponibili degli enti che concorrono alla lettura del bisogno, alla definizione del percorso terapeutico assistenziale socio-sanitario e alla presa in carico;

Per la presa in carico:

- la qualificazione e formalizzazione delle UVM, secondo un modello condiviso a scala regionale
- condivisione e messa a regime del progetto di assistenza individualizzato, avvalendosi di strumento di valutazione – SVAMA – che consente l'individuazione dei livelli di intensità assistenziale sanitaria e socio-sanitaria ;

Per la formazione:

- percorsi di formazione condivisa (operatori sanitari e socio-assistenziali) coinvolti nei PUA e nelle UVM regionali
- sperimentazione e avvio di un Sistema condiviso di raccolta, gestione e restituzione dei dati sanitari e sociali.

RITENUTO , quindi, in sede di programmazione della ASREM , definire le modalità e gli strumenti per realizzare le azioni previste;

SENTITO il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DISPONE

Per tutto quanto rappresentato nelle premesse e che si intende integralmente riportato;

APPROVARE il modello di governance integrato, da adottare in tutti i territori di Ambito e di Distretto così come di seguito delineato:



Livello Politico	<ul style="list-style-type: none"> - Conferenza dei Sindaci Ambito - Direttore generale ASL 	Definizione e formalizzazione del Documento d'indirizzo programmatico e gestionale attinente l'integrazione socio-sanitaria	Accordo di Programma ASREM/Ambiti sociali
Livello Attuativo	<ul style="list-style-type: none"> - Ufficio del Piano (coordinatore ambito) - Distretto (Direttore di Distretto) 	Attuazione e messa a regime delle scelte programmatiche e gestionali definite dal livello politico	Piano attuativo integrato
Livello Operativo	<ul style="list-style-type: none"> - operatori del Servizio sociale dei Comuni - operatori dei Distretti ASREM 	Qualificazione dei servizi integrati	<ul style="list-style-type: none"> - UVM - PUA - Protocolli operativi integrati - Proposte progettuali condivise

DARE ATTO che con riguardo all'Assistenza Domiciliare, in relazione ai bisogni espressi dal singolo paziente sono previsti 3 livelli di intensità assistenziale sanitaria (bassa, media, alta) e che, più in particolare, l'assistenza Domiciliare Integrata (ADI) deve essere intesa come un insieme coordinato di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative) e socio-assistenziali (aiuto domestico, sociale, aiuto psico-sociale diretto alla persona e alla famiglia) erogate, all'interno di una progetto personalizzato di assistenza, alla persona 'fragile' nel suo ordinario contesto di vita. Riguarda soggetti con bisogni complessi di natura socio-sanitaria, disabili o a rischio di perdita di autonomia, e mira a mantenere la persona nel proprio contesto di appartenenza, evitando ricoveri impropri ed istituzionalizzazioni non strettamente necessarie.

CHE obiettivo da raggiungere in tutti i territori dell'Ambito e dei Distretti, è la qualificazione e l'avvio della Porta Unica di Accesso, condividendo un Modello di riferimento costruito nel rispetto di indicatori e parametri di qualità sanitaria e sociale. Occorre, pertanto, la messa a regime di una rete capillare di punti di accesso omogenea, in modo da assicurare su tutto il territorio regionale, punti unici che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari per le prestazioni e i servizi con particolare riferimento alla condizione di non-autosufficienza.

STABILIRE che:

- i Distretti sanitari e gli Ambiti territoriali coincidenti, condivideranno un Modello PUA a scala regionale che, pur nel rispetto delle peculiarità territoriali, garantisca la messa a regime della rete dell'offerta complessivamente intesa.

Il Modello PUA, così come previsto, permetterà di superare l'approccio di servizio che ha connotato fino ad ora il binomio domanda /offerta privilegiando:

- Le politiche di comunità



ASREM

- Il lavoro sociale di rete e lavoro sociale di rete per progetti
- I sistemi di qualità sociale

- Gli operatori assegnati al PUA, lavoreranno secondo una stessa metodologia e saranno chiamati a condividere esperienze, procedure, istruzioni di lavoro con i diversi segmenti della rete sociale, socio-sanitaria e sanitaria.

Il Modello di PUA sarà' organizzato secondo 3 livelli di operatività, ognuna con le proprie funzioni, ruoli e compiti definiti.

- ✓ Back-office
- ✓ Front-line
- ✓ Meta-servizio

Back – office

Finalità:

1. Promozione di una nuova cultura e operatività sociale
2. ~~Promozione delle~~ **promozione delle cittadinanze attive**
3. Promozione del Sistema Integrato dei Servizi

Azioni:

- A. Avvio di processi di concertazione con le comunità locali
- B. Elaborazione di procedure di registrazione dei bisogni espressi
- C. Elaborazione di procedure di registrazione della risposta alla domanda sociale e sanitaria
- D. Mappatura delle risorse del territorio
- E. Elaborazione report quanti/qualitativi dell'offerta

Front – line

Finalità:

1. Promozione di nuove modalità di accoglienza e di risposta al cittadino e al nucleo familiare
2. Registrazione di tutti i bisogni rappresentati
3. Riqualficazione della risposta , quindi rispetto del principio di appropriatezza

Azioni:

- A. Accoglienza
- B. Presa in carico, raccordo con le UVM
- C. Registrazione del bisogno anche quando non è riconducibile alla presa in carico
- D. Integrazione con le risorse professionali pubbliche, del privato sociale, della cittadinanza attiva esistenti e coinvolgibili
- E. Monitoraggio dell'intervento.

Il meta - servizio

Finalità:

- Controllo di processo

Azioni:

- Coordinamento
- Formazione
- Monitoraggio e valutazione



STABILIRE che le azioni per l'avvio e la qualificazione del Modello di Porta Unica di Accesso saranno le seguenti:

- Definizione dell'impianto organizzativo/gestionale della PUA
- Avvio delle funzioni e attività del Back-office e del Front-office
- Definizione delle conoscenze e delle competenze professionali attese e richieste per il raggiungimento degli obiettivi

DARE ATTO che l'avvio e la messa a regime del modello PUA integrato sarà seguito da una fase di verifica e valutazione delle PUA in rapporto :

- all'utenza
- agli operatori
- al territorio
- ai soggetti istituzionali e non coinvolti nel lavoro di rete

DARE ATTO, altresì, che la ASREM intende perseguire l'obiettivo di qualificare il segmento della presa in carico globale del soggetto fragile, non-autosufficiente o a rischio di non autosufficienza mediante:

- l'attivazione/qualificazione delle UVM (Unità multidisciplinare di valutazione) la cui composizione prevede competenze specialistiche dell'area sanità e specifiche competenze dell'area sociale dei comuni associati. Le modalità per la presa in carico della persona avverrà attraverso un Piano individualizzato di assistenza che deve tener conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona ha bisogno, favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;

- l'attivazione o il rafforzamento di servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona.

- istituzione delle UMV prevedendo competenze specifiche per la residenzialità e per l'assistenza domiciliare, per l'assistenza riabilitativa, residenziale e semiresidenziale;

- utilizzazione degli strumenti di valutazione e misurazione omogenee per l'accertamento delle condizioni di non autosufficienza nel rispetto delle indicazioni regionali.

RIMANDARE a successivi provvedimenti l'adozione dei disciplinari tecnici per il funzionamento delle PUA secondo il modello di governance adottato con il presente provvedimento e delle Unità di Valutazione Multidimensionali anche al fine di avviare le attività di formazione e qualificazione del personale coinvolto.

Azienda Sanitaria
Regionale Molise



ASREM

TRASMETTERE il presente provvedimento al Commissario ad Acta, al Sub Commissario ad Acta, agli Assessorati Regionale alle Politiche Sanitarie, alle Politiche Sociali, alla Programmazione, alle Unità Operative Sovradistrettuali Cure Domiciliari, ai Direttori dei Distretti Sanitari.

RENDERE il presente provvedimento immediatamente eseguibile.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Angelo Percopo

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
D. sea Gianfranca Testa

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Giancarlo Paglione

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Si certifica, su analogha dichiarazione dell'impiegato addetto, che copia del presente atto è stata affissa all' Albo di questa ASREM il **2 SET. 2010**.....e che vi rimarrà per dieci giorni consecutivi ai sensi dell'art.33, comma 5, della Legge Regionale 14.05.1997, n.12

Campobasso, li- **2 SET. 2010**..



Il Direttore della U.O.C. Affari Generali
E FUNZIONARIO AMMINISTRATIVO
(Dott.ssa Sabrina de Renzis)

A handwritten signature in black ink.

Si certifica, su analogha dichiarazione dell'impiegato addetto, che copia del presente atto è stata affissa all'Albo di questa ASREM dal- **2 SET. 2010**.....al

Campobasso, li

Il Direttore della U.O.C. Affari Generali

Copia conforme all'originale, in carta semplice, per uso amministrativo.

Campobasso, li **2 SET. 2010**.....



Il Direttore della U.O.C. Affari Generali
(Dott.ssa Sabrina de Renzis)

A handwritten signature in black ink.