

Allegato A

Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale”

Indice generale

.Perché la revisione delle linee guida del Piano Integrato di Salute.....	3
.I La governance multilivello e il modello di programmazione in Toscana.....	6
. Il Piano Integrato di Salute e il Piano d’Inclusione Zonale.....	7
. La connessione tra la programmazione integrata zonale e il Piano Attuativo Locale....	8
. Il budget integrato per la programmazione zonale.....	9
. I soggetti della programmazione e modalità di coinvolgimento.....	9
.II Le nuove linee guida del Piano Integrato di Salute (PIS) e del Piano di Inclusione Zonale (PIZ) – disposizioni attuative.....	11
.a Il profilo di salute.....	12
.b Costruzione del PIS/PIZ.....	13
.Individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità.....	13
.Scelta delle priorità: gli obiettivi e la definizione delle azioni.....	14
.Stesura della programmazione pluriennale: cure primarie, sociosanitario e socioassistenziale	14
.c Attuazione del PIS e del PIZ: programmazione operativa annuale.....	15
.Gli obiettivi di servizio.....	16
.d Valutazione dei risultati.....	17
.Monitoraggio degli obiettivi di servizio.....	19
.Relazione sullo stato di salute.....	19
.Valutazione di esito.....	19
.Appendice.....	21
.Riferimenti propedeutici per la descrizione del contesto del profilo di salute	21
.Riferimenti propedeutici per la descrizione del sistema dei servizi sociali socio-sanitari e sanitari del profilo di salute.....	21
.Riferimenti propedeutici per la programmazione pluriennale	22
.Riferimenti propedeutici per la programmazione annuale POA.....	31
.Riferimenti propedeutici attività per settore e area.....	56

.Perché la revisione delle linee guida del Piano Integrato di Salute

Negli ultimi anni evoluzioni significative sul piano istituzionale e nuovi assetti organizzativi, come la trasformazione delle province in enti di secondo livello, l'associazionismo intercomunale, e l'ingresso di nuove regole nei bilanci che portano alla continua revisione della spesa ed una maggiore copertura delle politiche regionali attraverso la riprogrammazione dei fondi europei, hanno portato ad una rilettura degli strumenti di programmazione.

I processi di riorganizzazione del Sistema sanitario Regionale e del Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale hanno introdotto innovazioni allo scopo di ricostruire un impianto coeso, ordinato, efficace, ma anche flessibile, in modo da permettere al sistema di adattarsi alle continue modifiche, sia in campo sanitario che nelle materie degli enti locali.

Con la L.R. 1/2015 - Disposizioni in materia di programmazione economica e finanziaria regionale e relative procedure contabili - attraverso una programmazione per progetti la Regione Toscana ha inteso semplificare il proprio modello di programmazione riducendo al minimo il numero dei piani e programmi da elaborare concentrandosi solo su i piani previsti dalla normativa nazionale o dell'Unione Europea. La Regione promuove una programmazione per progetti integrati perché siano strumenti di raccordo e sviluppo degli interventi e delle risorse finanziarie destinati ad un determinata tematica o ad un determinato ambito territoriale. Occorre rafforzare i rapporti tra i vari livelli istituzionali e attuare una governance multilivello che comprenda sia i livelli istituzionali che la società civile in una logica di sussidiarietà verticale e orizzontale, per portare a sinergia il meglio che le risorse territoriali pubbliche e private possano esprimere.

Per questo è necessario rivisitare le linee guida del Piano Integrato di Salute, integrate con quelle relative al Piano di Inclusione Zonale tenendo conto degli strumenti di programmazione di tutti i livelli istituzionali.

Già con il Piano Sanitario Regionale 2002/2004 era previsto che la riforma della organizzazione sanitaria territoriale riguardasse tutto il territorio regionale e promuovesse il passaggio culturale ed operativo da erogazione di assistenza territoriale a realizzazione di Piani integrati di salute; nell'ambito della sperimentazione delle Società della salute, il Piano Integrato di Salute (PIS) sostituiva il Piano di zona-distretto e il Piano sociale di zona ed era posto tra gli atti obbligatori di governo che dovevano essere prodotti dalle Società della salute.

Le prime linee guida del PIS sono state adottate con la DGRT 682/2004; successivamente con la DGRT 827/2005 sono stati delineati passaggi fondamentali per la costruzione e approvazione del PIS, sostitutivo del Piano Sociale di Zona e del Programma annuale del PAL, sia per le Società della Salute sia per le zone distretto senza Società della Salute. La DGRT 827/2005 prevedeva che il PIS anche se in fase di avvio e di sviluppo graduale, doveva contenere come elementi minimali costitutivi almeno i seguenti componenti:

- definizione di un primo Profilo di Salute,
- individuazione delle risorse complessive (comuni, Regione e AUSL) costituenti il budget di riferimento per la fase della programmazione;
- individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità, attraverso gli strumenti della partecipazione,

- scelta delle priorità,
- definizione delle azioni,
- stesura dei programmi.

Successivamente con la DGRT 488/2011 è stato approvato il Set minimo di indicatori a supporto dei Profili di Salute e il Format di valutazione dei Piani Integrati di Salute.

Negli anni 2010-2011 sono state introdotte normative nazionali che hanno condizionato la definizione delle funzioni fondamentali dei comuni, le forme per il loro esercizio associato e quindi anche le modalità dell'integrazione sociosanitaria, sia a livello nazionale che regionale; parallelamente anche il sistema sanitario nazionale ha visto un complesso periodo di riorganizzazione clinica degli ospedali e conseguentemente anche una ridefinizione della rete territoriale. La consistente riduzione di risorse, dopo la crisi iniziata nel 2008, deve fronteggiare l'aumento di bisogno sociosanitario della popolazione. Gli effetti di tali cambiamenti, a livello regionale, hanno portato ai seguenti passaggi fondamentali: discussione sulla forma consortile per le società della salute, proposta di un assetto sociosanitario alternativo dove non esistente la società della salute, il riordino degli enti del servizio sanitario regionale e le nuove modalità di integrazione sociosanitaria.

Le leggi regionali 44 e 45 del 2014 individuano due strumenti per regolare gli assetti territoriali integrati del Servizio Sanitario Regionale e del Sistema integrato di interventi per i diritti di cittadinanza sociale in ogni zona distretto: il proseguimento della Società della Salute o la stipula di una convenzione sociosanitaria fra tutti i comuni della zona distretto e l'Ausl di riferimento; inoltre, il PIS diventa strumento di programmazione di livello aziendale e viene introdotto il Piano Inclusione Zonale quale strumento di livello zonale.

Il complessivo processo di riordino degli assetti del servizio sanitario regionale già in parte realizzato con la l.r. 28/2015 (Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale), con l.r. 84/2015 (Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005), con la l.r. 44/2016, contenente ulteriori disposizioni in merito al riordino degli assetti del servizio sanitario regionale, ed, infine, con la l.r. 11/2017, con la revisione degli ambiti territoriali di zona distretto, ridisegna il nuovo assetto organizzativo.

Dal 1° gennaio 2016 sono costituite le tre grandi nuove Aziende Usl, una per ciascuna Area vasta, che accorpano le 12 precedenti. Le zone distretto sono individuate quali ambiti territoriali di valutazione ottimale dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, di organizzazione e erogazione dei servizi delle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate e di esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale e per l'assolvimento dell'obbligo di esercizio associato della medesima funzione per i comuni a ciò tenuti ai sensi della legislazione statale. **Il PIS torna ad essere strumento di programmazione zonale che si coordina e si integra con il PIZ.**

La l.r. 11/2017 prevede l'accorpamento delle 34 zone distretto preesistenti a 26 nuovi ambiti individuati all'interno delle tre nuove aziende USL, con una dimensione finalizzata a sviluppare competenze per la valutazione dei bisogni, garantire un ottimale livello dei servizi nonché generare economie di scala e risparmi da reinvestire sui servizi socio-sanitari.

La disciplina transitoria per garantire la continuità del sistema nella fase di passaggio dalle preesistenti zone distretto alle nuove, disciplina anche il processo di fusione per incorporazione nell'ipotesi in cui nella medesima zona distretto sussistano due o più società della salute. Questo si è reso necessario perché il processo di unificazione incide sia sull'organizzazione delle aziende USL per le materie afferenti alla sanità territoriale e per le

materie sociosanitarie, sia sulla riorganizzazione degli strumenti per l'integrazione e l'esercizio associato delle materie socioassistenziali.

Nelle zone distretto di nuova istituzione derivanti dall'accorpamento delle precedenti zone distretto, approvano, sulla base dei contenuti del PSSIR vigente, uno strumento di programmazione intermedio che garantisce il coordinamento dei preesistenti piani zonali e che rimane in vigore fino all'approvazione del nuovo piano sanitario e sociale integrato regionale. Tali PIS/PIZ intermedi sono definiti in coerenza con la programmazione aziendale e sulla base del profilo di salute di ciascuna zona distretto. Inoltre il piano integrato di salute delle zone di nuova istituzione promuove la valorizzazione e la tutela delle identità territoriali anche attraverso articolazioni territoriali volte a garantire una più ampia partecipazione delle istituzioni locali ai livelli di programmazione.

La normativa nazionale, con l'emendamento 64.18 al DdL di Bilancio 2017 e la successiva legge delega di contrasto alla povertà del 9 marzo 2017 chiariscono che possono essere costituiti nuovi consorzi socioassistenziali; sulla base di queste nuove previsioni possono rimanere le Società della salute attuali ed è possibile costituirne anche di nuove. In questa direzione la l.r. 11/2017 incentiva e consolida la Società della salute come modello organizzativo attraverso il quale "la Regione attua le proprie strategie di intervento per l'esercizio delle attività territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate" (art.7, l.r. 11/2017)

.I La governance multilivello e il modello di programmazione in Toscana

Lo stato di salute di una popolazione è determinato da molteplici fattori, alcuni come il sesso, l'età, il patrimonio genetico sono imm modificabili, mentre altri possono essere culturalmente influenzati, modificati, corretti. Si pensi agli stili di vita degli individui come l'abitudine al fumo, all'alcol, i comportamenti alimentari e sessuali, l'inattività fisica che sono identificabili come i principali determinanti delle più frequenti malattie croniche; all'importanza degli affetti e delle relazioni sociali, come la presenza o assenza di una rete di supporto sociale o familiare, su cui poter contare nella gestione delle difficoltà quotidiane e poi i fattori legati all'ambiente di vita e di lavoro e le condizioni socioeconomiche, culturali e ambientali generali.

Tutti questi fattori interagiscono gli uni con gli altri creando una serie di condizioni che influenzano la vulnerabilità delle persone e quindi il loro stato di salute. Sono tutti fattori, eccetto quelli biologici, su cui è possibile però intervenire adottando adeguate politiche generali, ma anche sociosanitarie. L'organizzazione dei sistemi sociosanitari può infatti contribuire a creare una piattaforma per promuovere l'equità in una società oppure può alimentare e rafforzare le disuguaglianze.

Per questo la Regione promuove politiche basate sull'integrazione e sulla intersectorialità degli interventi, su forme di coordinamento aperto, capaci di governare le grandi trasformazioni in atto con modelli di sviluppo sostenibili e qualificati.

Gli Enti Locali concorrono, per le proprie competenze, al coordinamento delle politiche finalizzate ad obiettivi di salute assicurando la partecipazione delle rappresentanze sociali. Sono così individuati **tre livelli di governance istituzionale**, in cui si incontrano le capacità di governo della Regione e delle Aziende Sanitarie con quelle degli Enti Locali e per ciascuno di essi sono definiti gli organismi e la loro composizione, i ruoli e le funzioni assegnate, gli strumenti da utilizzare: la **conferenza regionale dei sindaci**, la **conferenza aziendale dei sindaci** e la **conferenza zonale integrata o società della salute**, ove costituita. Ad ogni livello di governance corrispondono strumenti di programmazione.

Se con il **Programma regionale di sviluppo**ⁱ (PRS) la Regione definisce gli obiettivi per ogni settore di sua competenza da raggiungere nel quinquennio della nuova legislatura, con il **Piano sanitario e sociale integrato regionale**ⁱⁱ (PSSIR) dettaglia le politiche in materia sanitaria e sociale; la Conferenza regionale dei sindaci esprime parere oltre che sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale, proprio sulla proposta di piano sanitario e sociale integrato regionale.

In ciascuna area vasta, il direttore per la programmazione, che opera sulla base delle direttive impartite dalla Giunta regionale, garantisce l'attuazione della programmazione strategica regionale; infatti con il **Piano di Area Vasta**ⁱⁱⁱ (PAV) si armonizza la programmazione della Azienda USL e della Azienda UO che insistono su tale area; la Conferenza aziendale dei sindaci concorre con propri indirizzi all'elaborazione del PAV ed esprime l'intesa sul PAV predisposto dal direttore della programmazione.

La Conferenza aziendale dei sindaci esprime parere obbligatorio sul **Piano attuativo ospedaliero**^{iv} (PAO) delle aziende ospedaliere universitarie di riferimento, ed emana, previo parere delle conferenze zonali dei sindaci o delle SdS ove presenti, gli indirizzi per l'elaborazione del **Piano attuativo locale**^v (PAL) dell'Azienda usl di riferimento. La Conferenza aziendale dei sindaci approva inoltre i programmi annuali di attività adottati dal

Direttore Generale dell'Azienda Usl.

L'Assemblea della Società della Salute o la Conferenza zonale dei sindaci esercita le funzioni di indirizzo degli obiettivi sanitari, socio-sanitari e sociali integrati di livello locale e per questo emana gli indirizzi e approva il **piano integrato di salute (PIS)** e **piano di inclusione zonale (PIZ)**, tenuto conto del profilo di salute e delle risorse a disposizione.

. Il Piano Integrato di Salute e il Piano d'Inclusione Zonale

Gli strumenti per la programmazione integrata di ambito zonale sono definiti dalla l.r. 40/2005, art. 21 **Piano Integrato di Salute** e dalla l.r. 41/2005, art. 29 **Piano di Inclusione Zonale**.

Il **PIS**^{vi} è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale.

- Definisce:
 - ✓ gli obiettivi di salute e benessere, i relativi standard quantitativi e qualitativi, e ne individua le modalità attuative;
 - ✓ la rete dei servizi e degli interventi attivati sul territorio con indicazione delle capacità di intervento in termini sia di strutture che di servizi;
 - ✓ la distribuzione sul territorio dei presidi sanitari, e il fabbisogno di strutture residenziali e semi residenziali.
- Promuove l'integrazione delle cure primarie con il livello specialistico attraverso reti cliniche integrate e strutturate.
- Individua le priorità di allocazione delle risorse provenienti dal fondo sanitario regionale e di quelle dei comuni.
- Individua gli strumenti di valutazione di risultato relativi agli obiettivi specifici di zona.

Il **PIZ**^{vii} è lo strumento di programmazione della funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni esercitata nell'ambito ottimale della zona-distretto.

- Definisce:
 - ✓ le attività da perseguire tramite le reti del welfare territoriale e determina gli obiettivi di servizio;
 - ✓ i servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale;
 - ✓ i servizi e le misure per favorire la permanenza a domicilio;
 - ✓ i servizi per la prima infanzia e a carattere comunitario;
 - ✓ i servizi a carattere residenziale per le fragilità;
 - ✓ le misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito adottate a livello locale;
 - ✓ le modalità di organizzazione delle misure economiche di sostegno previste a livello nazionale e regionale.
 - ✓ l'integrazione con i servizi e gli ambiti di attività relativi alle politiche abitative, dei trasporti, dell'educazione, dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro, culturali, ambientali ed urbanistiche, dello sport e del tempo libero, della ricerca, e si coordina con i relativi strumenti attuativi.
- Individua le risorse necessarie in attuazione degli obiettivi di servizio, e anche quelle per l'eventuale realizzazione dei progetti innovativi promossi da soggetti del terzo settore.
- Individua in ambito zonale gli enti destinatari delle risorse del fondo sociale regionale.

Le norme regionali prevedono la possibilità di elaborare insieme i due Piani, in modo da rendere molto più agevole ed efficace la programmazione integrata di ambito zonale (art. 21, comma 4, l.r. 40/2005; art. 29, comma 4, l.r. 41/2005).

Entrambi gli strumenti sono elaborati dallo stesso organismo tecnico, l'ufficio di piano zonale e i contenuti dei due strumenti presentano significative corrispondenze reciproche. Infatti prevedono: un impianto conoscitivo, delle azioni dedicate a strutturare il sistema dei servizi, la definizione di obiettivi e di programmi attuativi con la relativa allocazione delle risorse e le azioni di monitoraggio.

Si individua come modalità prioritaria l'elaborazione unica dei due piani; nel qual caso il Piz viene ricompreso all'interno del PIS.

Nel caso in cui non ci sia accordo nella conferenza zonale dei sindaci, il Piano d'Inclusione Zonale può essere elaborato separatamente ma deve comunque essere coordinato con le altre politiche socio-sanitarie del piano integrato di salute.

. La connessione tra la programmazione integrata zonale e il Piano Attuativo Locale

Al fine di sviluppare pienamente la programmazione integrata, a loro volta il PIS e il PIZ vanno connessi con il Piano Attuativo Locale che svolge delle funzioni precise nella programmazione integrata di ambito zonale. A questo scopo l'art. 22, comma 5, l.r. 40/2005, disciplina i contenuti annuali del Piano Attuativo Locale definendo in particolare due dispositivi 'articolati per zone':

- il **Programma operativo delle cure primarie**, strumento per la progettazione operativa del sistema dei servizi territoriali extra-ospedalieri. Si definiscono i programmi attuativi delle **cure primarie**, della **sanità d'iniziativa**, dei **presidi distrettuali**, delle **unità complesse** e delle **forme associate della medicina generale**; tale programma operativo definisce anche i **percorsi diagnostico terapeutici assistenziali delle cronicità** e le relative **modalità di lavoro interprofessionale**;
- l'**Atto per l'integrazione**, strumento di base della **programmazione sociosanitaria** e con la partecipazione diretta delle amministrazioni comunali e dell'azienda sanitaria. Si definiscono i **programmi attuativi** dei servizi e delle attività ad alta integrazione sociosanitaria determinando nel contempo il relativo **budget di livello zonale** costituito dalle risorse sanitarie e dalle risorse sociali; tale programma operativo definisce anche i **percorsi di valutazione multidimensionale delle non autosufficienze e delle fragilità** e le relative **modalità di lavoro interprofessionale**.

I due dispositivi di programmazione interni al PAL 'articolati per zona' recepiscono e armonizzano i PIS zonali. In ciascun ambito zonale vengono allineati: la specifica sezione zonale del Programma operativo delle cure primarie, la specifica sezione zonale dell'Atto per l'integrazione, il programma operativo del PIZ. Il Piano Integrato di Salute è lo strumento che produce l'integrazione operativa tra queste tre sezioni e le orienta verso i bisogni di salute degli ambiti zonali, nel rispetto della programmazione economico-finanziaria relativa alle dotazioni e alle risorse zonali.

. Il budget integrato per la programmazione zonale

Tutti gli strumenti di programmazione integrata di livello zonale, PIS/PIZ e sezioni zonali del Programma operativo delle cure primarie e dell'Atto per l'integrazione, sono basati sulla relazione tra obiettivi, attività programmate e risorse. A questo scopo Il PIS integra tutta la programmazione zonale e la mette in relazione con il budget zonale di programmazione.

Il budget integrato per la programmazione zonale è articolato su tre esercizi finanziari ed è aggiornato per scorrimento ed è composto da:

- le risorse di competenza della Ausl, recate dal documento di riclassificazione delle risorse impiegate per zona-distretto così come previsto al comma 5 e al comma 5-bis dell'art. 120 della l.r. 40/2005;
- le risorse di competenza dei singoli enti locali afferenti all'ambito territoriale della zona-distretto, recate dai documenti di programmazione economico-finanziaria che riguardano le materie socioassistenziali e le materie sociali a rilevanza sanitaria;
- le risorse provenienti da ogni altro fondo regionale, statale o derivante dalla programmazione europea che riguardano le materie della sanità territoriale, sociosanitarie o socioassistenziali.

La programmazione integrata di livello zonale riguarda sia le attività realizzate dall'azienda sanitaria locale, sia le attività realizzate dalle forme associate, sia le attività realizzate dai singoli enti locali. La stessa programmazione integrata di livello zonale individua i soggetti destinatari dei fondi regionali, nazionali o di derivazione europea.

. I soggetti della programmazione e modalità di coinvolgimento

La Regione promuove la partecipazione attiva dei cittadini e delle loro organizzazioni ai processi di programmazione regionale e locale. La Legge 46/2013, riconosce il diritto dei cittadini all'elaborazione delle politiche pubbliche regionali e locali, promuovendo la partecipazione come forma ordinaria di amministrazione e di governo della regione in tutti i settori e a tutti i livelli amministrativi. Le Leggi 40 e 41 del 2005 indicano tra i soggetti partecipanti alla programmazione sanitaria e sociale locale le realtà organizzate appartenenti al settore non profit, da coinvolgere con adeguate modalità di consultazione e di partecipazione nella progettazione, attuazione ed erogazione degli interventi e dei servizi. Infine la Legge 43/2004 indica le Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona come soggetti che partecipano alla programmazione zonale.

Il quadro giuridico/amministrativo toscano ci segnala quindi il diritto/dovere di ogni cittadino a partecipare ai processi di programmazione e di valutazione e l'amministrazione pubblica è chiamata a creare e valorizzare luoghi, opportunità e occasioni per l'esercizio concreto di questa pratica da parte dei cittadini e delle loro organizzazioni. Questo in ragione del fatto che i cittadini non sono soltanto utenti dei servizi, ma beneficiari attivi fin dalla fase di programmazione e verifica delle opportunità e dei servizi stessi.

Nelle zone distretto sono già previsti alcuni istituti di partecipazione, ovvero il comitato di partecipazione e le agorà della salute, nelle zone ove è presente la SdS è presente anche la consulta del terzo settore. Le agorà della salute possono essere opportunamente utilizzate come occasione di consultazione, valutazione e coprogettazione tra pubblico e

comunità locale. I soggetti del non profit ma anche gli altri settori economici del territorio, sono chiamati a condividere gli scenari locali, conoscere e comprendere potenzialità e limiti dei territori, far emergere le risorse reali della comunità locale (pubbliche e private) e collegarle tra loro in una rete di proposte e opportunità.

A tal fine è necessario dunque attivare nelle Zone percorsi e strumenti atti a garantire la partecipazione dei cittadini e delle loro organizzazioni alla costruzione delle politiche locali ed è compito degli organismi pubblici governare tali processi, garantendo informazione, accessibilità, possibilità reale di partecipare a tutto il processo programmatico a tutti i soggetti interessati.

Fra le ultime modifiche alla l.r.40/2005 è stata introdotta la partecipazione, senza diritto di voto, del presidente del comitato di partecipazione e del presidente della consulta del terzo settore all'assemblea dei soci della società della salute.

.II Le nuove linee guida del Piano Integrato di Salute (PIS) e del Piano di Inclusione Zonale (PIZ) – disposizioni attuative

Il piano integrato di salute (PIS), in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e del piano attuativo locale dell'Ausl di riferimento, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello di zona distretto e si attua attraverso i programmi operativi annuali.

Per consentire a tutte le zone distretto/SdS di adeguare gli strumenti di programmazione zonale con le modifiche apportate dalle l.r. 44/2014, l.r. 45/2014, l.r. 84/2015 e l.r. 11/2017, si prevedono le seguenti disposizioni attuative fino all'approvazione del nuovo PSSIR:

- **i PIS zionali esistenti estendono la loro vigenza con l'aggiornamento del Profilo di salute e dei programmi del precedente PIS; l'aggiornamento del Programma Operativo Annuale, dovendo recepire gli indirizzi del PRS e le eventuali modifiche di legge regionali e dei principali atti regionali su le materie di competenza delle zone distretto/SdS sarà predisposto entro novembre 2017, programmerà le annualità 2017-2018 e utilizzerà le schede POA riportate in appendice;**
- **per gli ambiti zionali sprovvisti di PIS, le zone distretto approvano il Profilo di salute e il Programma operativo annuale; questo ultimo, dovendo recepire gli indirizzi del PRS e le eventuali modifiche di legge regionali e dei principali atti regionali su le materie di competenza delle zone distretto/SdS, sarà predisposto entro novembre 2017, programmerà le annualità 2017-2018 e utilizzerà le schede POA riportate in appendice;**
- **per i nuovi ambiti zionali derivanti da accorpamenti, i PIS esistenti dovranno essere coordinati in un unico PIS e PIZ e i programmi operativi annuali saranno coordinati in un programma operativo annuale unico. Dovendo recepire gli indirizzi del PRS e le eventuali modifiche di legge regionali e dei principali atti regionali su le materie di competenza delle zone distretto/SdS gli atti coordinati saranno predisposti entro novembre 2017, programmeranno le annualità 2017-2018 e si utilizzeranno le schede POA riportate in appendice. Tali PIS/PIZ sono definiti in coerenza con la programmazione aziendale e sulla base del profilo di salute di ciascuna zona distretto;**
- **entro 4 mesi dall'approvazione del nuovo PSSIR, tutti gli ambiti zionali dovranno approvare i nuovi PIS/PIZ, in mancanza dei quali non saranno attivabili i trasferimenti di risorse. I PIS adottati a seguito dell'approvazione PSSIR si uniformano nella vigenza e si allineano al periodo di vigenza dello stesso e seguiranno le schede di programmazione riportate in appendice.**

Successivamente alla fase di riallineamento degli strumenti di programmazione zonale sopra descritta, le procedure standardizzate per la predisposizione dei Piani sono di seguito specificate.

Le zone distretto che hanno adottato il modello della Società della Salute, **elaborano il PIS integrato con il piano di inclusione zonale**, dato che la SdS nasce proprio per l'esercizio

associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate.

In caso di accordo della conferenza zonale dei sindaci, anche per le zone distretto senza Società della Salute, il PIS e il PIZ è un unico strumento di programmazione per meglio raggiungere una vera integrazione fra i servizi e interventi del sociale e del sanitario.

Per le zone-distretto senza SdS dove non ci sia l'accordo della Conferenza zonale dei sindaci possono procedere alla programmazione di ambito sociale attraverso il PIZ, assicurando un raccordo con il PIS per tutte le materie afferenti all'integrazione socio-sanitaria.

L'avvio del processo di programmazione zonale attraverso la stesura del PIS e del PIZ e la loro elaborazione contestuale mediante l'ufficio di piano (art.64.2, c.5 l.r. 40/2005) è determinato da un **atto d'indirizzo** dell'Assemblea della SdS o della Conferenza dei sindaci integrata nella zone distretto senza SdS, contenente le linee per la sua predisposizione ed un'ipotesi di massima delle risorse messe a disposizione per la realizzazione del PIS/PIZ stesso, nonché il percorso partecipativo relativo alla programmazione.

Le fasi logico temporali del piano possono essere distinte in:

- a. conoscitiva, con la predisposizione del profilo di salute;
- b. programmazione quinquennale, con la costruzione delle schede di Piano;
- c. programmazione annuale, con la costruzione delle schede di Programma operativo annuale;
- d. monitoraggio e valutazione della programmazione quinquennale e annuale.

.a Il profilo di salute

Il Profilo di salute costituisce la base informativa per orientare la progettazione del PIS e del PIZ, il momento iniziale del percorso che porta all'attuazione del sistema di governance locale attraverso la partecipazione dei soggetti istituzionali e sociali. Il profilo di salute è necessario per emanare sia le linee di indirizzo che per la predisposizione del PIS e del PIZ e quindi è unico per entrambi gli strumenti programmazione

Una prima parte dedicata all'**analisi del contesto**, analizza sinteticamente macro indicatori di salute e problematiche sociali e sanitarie di alcuni gruppi di popolazione e presenta dati demografici, sociali, economico-lavorativi ed ambientali disponibili atti a fornire informazioni di contesto relative ai fattori extra sanitari in grado di influenzare la salute della popolazione.

Una seconda parte dedicata alla **costruzione del sistema dei servizi sociali e sanitari della zona**, oltre a definire un quadro generale dei servizi offerti, sviluppa un'analisi per gruppi di popolazione, per i quali la maggiore importanza l'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale, quali anziani, minori, adulti affetti da disabilità o con problemi di povertà e marginalità, soggetti con problemi mentali o che fanno uso di sostanze stupefacenti.

In appendice sono riportati i riferimenti propedeutici relativi all'analisi del contesto e alla costruzione del sistema dei servizi sociali sociosanitari e sanitari della zona distretto; il set minimo degli indicatori da utilizzare per la stesura del profilo è messo a disposizione delle zone distretto, con il supporto di ARS, MES e Osservatorio Sociale Regionale, con report zonali già predisposti per facilitare il lavoro degli uffici di piano.

Le aree tematiche che devono essere analizzate nell'analisi di contesto del profilo di salute si articolano in:

- **Aspetto demografico**, composta da indicatori generali sulla composizione e struttura demografica della popolazione; per alcune tipologie di utenza sono dettagliati indicatori

- più specifici;
- **Stato di salute**, ovvero indicatori generali, quali ad esempio di mortalità e morbilità, o tassi di ospedalizzazione e primo ricovero;
- **Altri fattori che incidono sullo stato di salute**, composta da indicatori generali relativi a fattori che hanno influenza sulla salute secondo la visione dei determinanti sociali, quali ambiente fisico ed inquinamento; ambiente socio-economico; stili di vita; condizioni abitative; condizione lavorativa; famiglie e reti sociali.

La descrizione del sistema dei servizi sociali sociosanitari e sanitari territoriali del profilo di salute può essere suddivisa per target di riferimento e per macro livelli di servizi e interventi quali:

- accesso e presa in carico
- domiciliare
- residenziali
- semi residenziali
- altri servizi intermedi

.b Costruzione del PIS/PIZ

La costruzione del PIS/PIZ si sviluppa nelle seguenti fasi logico-temporali:

- a) individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità;
- b) scelta delle priorità: obiettivi di salute e benessere e obiettivi di sistema
- c) definizione delle azioni;
- d) stesura dei programmi:
 - in ambito delle **cure primarie**, del **sociosanitario** e del **socioassistenziale** per chi propone il PIS integrato con il PIZ
 - in ambito delle **cure primarie**, del **sociosanitario** per il **PIS**, in ambito **socioassistenziale** per il **PIZ** per le zone che propongono i due strumenti **separatamente**, evidenziando comunque un raccordo con i programmi del PIS.

Nelle varie fasi di costruzione del PIS/PIZ si dovrà tener conto degli indirizzi regionali contenuti nel PRS e nel PSSIR; inoltre, visto che negli ultimi anni le zone hanno lavorato per progetti, anche sulla base dell'incentivo di finanziamenti dedicati, è necessario mettere a sistema, strutturare, radicare i progetti di valore nati in questo modo nella rete complessiva dei servizi. Occorre consolidare il sistema anche valutando cambiamenti nei servizi storici, concentrandosi sull'analisi della qualità dei servizi e degli interventi offerti ed investire nelle risposte a nuovi bisogni.

.Individuazione dei problemi, dei bisogni e delle opportunità

Dall'**analisi del contesto** e dalla **costruzione del sistema dei servizi sociali e sanitari della zona del profilo di salute**, è possibile evidenziare, in modo esaustivo e sintetico, le caratteristiche della rete dei servizi già in essere, facendo riferimento sia alle risorse istituzionali che a quelle non istituzionali e le caratteristiche strutturali della domanda di servizi e quelle dell'utenza portatrice del bisogno, nonché gli ambiti problematici prioritari ai quali si intende fornire risposta.

Per ogni ambito e target di popolazione è possibile costruire un quadro sintetico dei **problemi/bisogni** e delle **opportunità/risorse** che caratterizzano le condizioni sociali, sanitarie e ambientali del territorio e della popolazione e che la comunità riconosce come pertinenti al proprio stato di salute.

Passo successivo, definire una gerarchia tra le coppie problemi/bisogni e opportunità/risorse ovvero scegliere le priorità.

.Scelta delle priorità: gli obiettivi e la definizione delle azioni

I criteri per scegliere fra le coppie problemi/bisogni e opportunità/risorse quali siano più importanti, possono essere:

- rilevanza sul territorio, gravità e frequenza del problema nella popolazione;
- risolvibilità tecnica del problema;
- possibilità di consolidamento e sviluppo delle cause che generano vantaggi;
- disponibilità sul territorio di competenze adeguate agli interventi;
- grado di condivisione degli obiettivi da parte dei soggetti che operano la selezione;
- fattibilità economica dell'intervento;
- misurabilità dei risultati attesi;
- dimensione temporale degli effetti previsti dell'intervento;
- effetti sistemici dell'intervento, conseguenze prevedibili su altri settori del sistema locale

Le priorità individuate, compatibilmente con le risorse professionali, strutturali e finanziarie disponibili, **dovranno essere tradotte in obiettivi quinquennali** di mantenimento/miglioramento dell'efficacia e/o della efficienza di un processo/servizio e saranno delineate le azioni progettuali da sviluppare, avviandole ex novo se necessario o realizzandole in continuità con il passato. Il PIS/PIZ definisce cioè le priorità su cui si intende investire nel corso del quinquennio, evidenziando per ogni **obiettivo** le **macroazioni** che si intendono realizzare e il quadro delle risorse che si intendono impiegare in proiezione quinquennale per il raggiungimento degli obiettivi.

L'**articolazione degli interventi** che si intende realizzare dovrà essere dettagliata attraverso la compilazione delle schede **POA** (programma operativo annuale) che costituiscono un **allegato del PIS per la prima annualità**.

.Stesura della programmazione pluriennale: cure primarie, socio sanitario e socioassistenziale

La programmazione pluriennale copre tutte le annualità di validità del PIS e si riferisce alle due aree oggetto della connessione tra la programmazione integrata zonale e il Piano Attuativo Locale: il programma operativo delle cure primarie e l'atto per l'integrazione socio sanitaria. A queste due aree si aggiunge quella che interessa la programmazione pluriennale delle materie socioassistenziali, che viene recata dal Piano d'Inclusione Zonale nel caso in cui il processo di elaborazione del PIS e del PIZ non sia unitario.

La programmazione pluriennale si basa sui singoli settori assistenziali che afferiscono alle tre principali aree di programmazione. Per ciascun settore, la programmazione pluriennale esprime le relazioni che legano gli obiettivi generali del PIS con le azioni da realizzare per

ogni anno di validità del piano e le relative risorse di parte sanitaria, di parte sociale e di altra provenienza.

Per quanto riguarda le risorse, il riferimento della programmazione pluriennale è il **budget integrato di programmazione**, budget che è collegato ai documenti contabili di previsione articolati in tre annualità dell'azienda sanitaria locale, delle forme associate e dei singoli enti locali. La stessa programmazione integrata di livello zonale individua i soggetti destinatari dei fondi regionali, nazionali o di derivazione europea.

Oltre ad evidenziare gli obiettivi, le macroazioni e le risorse come sopra precisato, **i PIS/PIZ delle zone distretto/SDS** dovranno essere **comparabili tra loro** e pertanto dovranno essere costruiti in base alle aree di programmazione **Cure Primarie, Sociosanitario e Socioassistenziale**, così come specificato in appendice nell'allegata griglia propedeutica per la raccolta dei programmi pluriennali.

Le schede sono suddivise in due parti: la prima parte riguarda la programmazione di obiettivi - attività - risorse in relazione ai **servizi presenti** nella zona, che vengono distinti secondo i diversi settori assistenziali e l'eventuale previsione di specifici setting; la seconda parte riguarda la programmazione di obiettivi - attività - risorse in relazione all'eventuale sviluppo di **percorsi assistenziali** riferiti ai diversi settori.

.c Attuazione del PIS e del PIZ: programmazione operativa annuale

La parte attuativa del Piano Integrato di Salute e del Piano d'Inclusione Zonale viene aggiornata annualmente ed è condizione per l'**attivazione delle risorse ricomprese nel fondo sociale regionale**.

In attuazione dello schema di massima delineato dalla programmazione pluriennale, la programmazione operativa annuale di livello zonale (POA) specifica le azioni da attuare nell'anno di competenza. A questo scopo esplicita le relazioni tra gli obiettivi programmati, le attività da realizzare effettivamente entro l'anno di competenza, la tipologia delle attività, la loro forma di gestione, i tempi di realizzazione, le risorse programmate di parte sanitaria, di parte sociale o di altra provenienza.

Per quanto riguarda le risorse, il riferimento della programmazione operativa annuale è sempre il budget integrato di programmazione, opportunamente aggiornato con i documenti di contabili degli enti interessati che riguardano l'esercizio di competenza.

La programmazione operativa annuale costituisce vincolo per le attività integrate e per le attività svolte in forma associata realizzate dalla azienda sanitaria, dalle società della salute, o da altri gestori.

Il POA è organizzato secondo le stesse Aree della programmazione pluriennale e reca una scheda specifica per ciascun settore, in modo da descrivere le attività che saranno realizzare effettivamente nell'anno di competenza; le aree di programmazione sono quindi : Area Cure Primarie, Area Sociosanitario, Area Socioassistenziale e per la promozione e prevenzione della salute e contrasto alla violenza di genere sono previste delle azioni.

Le schede sono suddivise in due parti: la prima parte riguarda la programmazione di obiettivi - attività - risorse in relazione ai **servizi presenti** nella zona, che vengono distinti secondo i diversi settori assistenziali e l'eventuale previsione di specifici setting; la seconda parte riguarda la programmazione di obiettivi - attività - risorse in relazione all'eventuale sviluppo di **percorsi assistenziali** riferiti ai diversi settori.

Naturalmente le schede relative alla programmazione operativa annuale vengono elaborate secondo gli obiettivi e le scelte attuative che ciascuna zona individua in modo del tutto libero e indipendente, avendo solo cura di mantenere gli adeguati elementi di coerenza con la programmazione nazionale o regionale di settore. Per quanto riguarda invece il popolamento materiale della prima parte delle schede di programmazione, quella dedicata alla programmazione dei servizi, **l'elenco delle possibili attività interessate è ricavabile dalle griglie propedeutiche allegate.**

Le fonti da cui sono state ricavate le griglie propedeutiche sono costituite dal Nomenclatore sociale toscano e dal DPCM 12 gennaio 2017 'Definizione e aggiornamento dei LEA' integrato con altre fonti normative regionali specifiche per i vari settori assistenziali. Nel caso di **attività sociosanitarie**, le denominazioni più adeguate possono essere ovviamente tratte sia dalla griglia del **settore sanitario** di riferimento che dalla griglia del **nomenclatore sociale regionale**.

L'utilizzo degli elenchi tratti dalle griglie propedeutiche durante la fase di elaborazione della programmazione zonale, può permettere di acquisire progressivamente maggiori gradi di omogeneità nella definizione delle singole attività programmate e dunque ne agevola la possibile comparazione.

.Gli obiettivi di servizio

L'erogazione delle prestazioni e dei servizi contemplati nei LEA^{viii} deve avvenire in condizione di appropriatezza, adeguato livello qualitativo ed efficienza; il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle Regioni sul territorio nazionale avviene attraverso una serie di informazioni che, raccolte, opportunamente elaborate e rappresentate sotto forma di indicatori, consentono di leggere importanti aspetti dell'assistenza sanitaria, inclusi quelli di qualità, appropriatezza e costo. La misurabilità dei risultati di salute e dell'impatto degli interventi sanitari è divenuta nell'opinione degli operatori e programmatori sanitari nazionali e regionali una condizione essenziale per l'efficienza e l'efficacia dell'azione di coloro che erogano le prestazioni sanitarie. Tenere sotto controllo il livello quantitativo di raggiungimento degli obiettivi e dei benefici finali attesi rende possibile un intervento tempestivo sulle criticità e getta le basi per il miglioramento del sistema.

La mancata definizione, da parte dello Stato, dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali non ha permesso ad oggi di realizzare un sistema dei servizi sociali in grado di garantire diritti certi ai cittadini sul territorio nazionale.

L'articolo 29 della legge regionale 41/2005 disciplina il Piano d'Inclusione Zonale, al comma 1 definisce tra i suoi compiti anche quello di determinare gli obiettivi di servizio, mentre al comma 6 esplicita le funzioni di programmazione del PIZ in relazione alle risorse: *'Il PIZ individua le risorse necessarie alla realizzazione delle attività e degli interventi previsti in attuazione degli obiettivi di servizio, nonché alla realizzazione dei progetti innovativi promossi anche da soggetti del terzo settore'*.

L'allegato 10.4 al PSSIR 2012-2015 denominato *'Il Nomenclatore degli interventi e dei servizi sociali e i livelli essenziali delle prestazioni sociali'* sviluppa un ampio impianto utile all'avvio di una prima individuazione di 'Macrolivelli e Obiettivi di servizio'. Rispetto a cinque Macrolivelli (Servizi per l'accesso e la presa in carico; Servizi e misure per la permanenza a domicilio; Servizi territoriali residenziali e semi residenziali per le fragilità; Misure per l'inclusione sociale; Infrastruttura) vengono individuati otto Obiettivi di servizio di cui sono definiti: Linea di intervento; Condivisione con il Sistema Sanitario; Target di

riferimento; Livello ottimale; Enti coinvolti; Livelli a tendere.

Anche in seguito alle evidenze emerse in seguito al primo ciclo di programmazione operativa 2017-2018, il prossimo Piano Sanitario e Sociale Regionale Integrato affronterà il tema degli obiettivi di servizio allo scopo di indicare metodi, strumenti, e processi per proseguire nel percorso volto a focalizzare i servizi da erogare aventi caratteristiche di generalità e permanenza.

Le zone distretto e le SdS possono impostare la loro programmazione locale su le caratteristiche di base del sistema di welfare, caratteristiche intese sia come indicazione dei servizi fondamentali da attivare in tutta la regione sia, soprattutto, in termini di standard ottimali di riferimento verso cui orientare gli sforzi, economici e non solo, nella definizione del singolo sistema locale di welfare.

A livello regionale i dati raccolti, anche attraverso gli strumenti della programmazione territoriale, potranno migliorare la conoscenza della rete dei servizi e degli interventi erogati dai Enti Locali sul territorio regionale ed evidenziare quali prestazioni sono effettivamente garantite a tutti i cittadini.

.d Valutazione dei risultati

La LR 40/2005, all'art. 2 definisce il termine valutazione quale "il complesso degli strumenti che la regione e i soggetti del sistema adottano per verificare il raggiungimento degli obiettivi della programmazione, ossia i risultati conseguiti misurabili in termini di **livelli di salute della popolazione, efficacia e qualità delle cure, appropriatezza ed efficienza dei servizi erogati**".

Negli articoli successivi si definiscono soggetti, obiettivi e livelli in cui si declina il processo di valutazione nel contesto socio-sanitario regionale. All'art. 10 si afferma che alla Giunta regionale spetta il compito di individuare le procedure e le modalità di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali con particolare riferimento ai seguenti profili:

- i risultati complessivi delle Aziende USL e delle Società della salute in termini di appropriatezza, di soddisfazione dell'utenza e degli operatori, di economicità della gestione;
- i risultati specifici raggiunti dalle strutture organizzative aziendali ed in particolare dei dipartimenti assistenziali integrati delle aziende ospedaliero-universitarie in relazione agli obiettivi della programmazione aziendale ed alle funzioni attribuite all'azienda dalle disposizioni regionali;
- i risultati specifici raggiunti dalle Società della salute per l'organizzazione e l'erogazione di attività di assistenza territoriale, di prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria e di prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, individuate dalla programmazione regionale;
- la qualità clinica delle prestazioni erogate, anche in relazione ad obiettivi di eccellenza.

La Regione Toscana, come descritto nel Piano Socio Sanitario 2010-2015, fin dal 2005 ha adottato il Sistema di Valutazione della Performance della Sanità, strumento progettato e implementato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, con cui la Regione orienta e governa il sistema misurando la capacità di ogni azienda di essere strategicamente efficace ed efficiente, sia rispetto al territorio in cui opera, sia nell'ambito del

sistema regionale in cui è inserita.

Così come esplicita l'articolo 4 dell'Allegato n.1 della Delibera Regionale 229 del 22-03-2016 (Attività di valutazione), il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa collabora con la Regione Toscana nell'attività di valutazione del sistema sanitario regionale anche negli ambiti di azione delle zone distretto.

Il sistema di valutazione del Laboratorio MeS abbraccia i valori ed i principi descritti nell'articolo 10 della LR 40/2005 e si focalizza su diverse attività e responsabilità che il distretto è chiamato a garantire e monitora la qualità, l'appropriatezza, l'efficacia e l'efficienza dei diversi livelli di assistenza e cura relativamente alle attività territoriali.

Ogni anno, quindi, le zone distretto/sds hanno disposizione un set di indicatori comuni, standardizzati e condivisi con i diversi livelli di governo, rappresentati in maniera sintetica dal "bersaglio" di zona distretto/sds e descritti in maniera dettagliata nella piattaforma online (www.performance.sssup.it/toscvai) e nel report cartaceo che il Laboratorio MeS redige.

Tale sistema costituisce quindi per le Società della Salute e le zone-distretto uno strumento standardizzato che supporta la valutazione annuale ed il monitoraggio semestrale, laddove possibile, dei risultati delle attività, con riferimento specifico agli obiettivi regionali definiti in maniera pluriennale e annualmente dai policy maker, nonché degli obiettivi più specificatamente zonali ricompresi negli indicatori individuati.

Il PIS deve individuare gli strumenti di **valutazione di risultato** relativi agli obiettivi specifici di zona (art.21,c.2, l.r.40/2005), proprio perché il processo di valutazione ha la finalità di accertare il grado di raggiungimento degli obiettivi specifici e la loro congruità con gli obiettivi di salute del PIS.

La valutazione dei risultati è competenza dell'Assemblea della SdS o della Conferenza zonale dei sindaci integrata ove non costituita la SdS e trova fondamento sia sulla percezione che i soggetti istituzionali e della partecipazione hanno dei mutamenti intervenuti per effetto del PIS/PIZ sia sui valori quantitativi assunti dagli indicatori appositamente progettati per la valutazione.

È importante che valutazione scientifica e percezione sociale dei risultati del PIS/PIZ trovino una sintesi comune. Il raggiungimento di tale sintesi ha, da una parte, un significato metodologico e, dall'altra, aumenta le probabilità di rendere continuo il processo di costruzione partecipata dei PIS.

La stretta connessione tra il PIS/PIZ e il relativo quadro delle risorse e tra il POA e il connesso budget, non può che dare rilevanza alle azioni di monitoraggio/verifica e di valutazione della pianificazione pluriennale e di quella annuale.

In sintesi:

- l'azione di monitoraggio/verifica implica l'impegno costante di rilevazione dei dati economici e sociali avente l'obiettivo di registrare, aggiornare ed elaborare in modo sistematico, secondo procedure individuate, le informazioni utili e indispensabili per registrare l'andamento delle diverse aree programmatiche qualificanti la pianificazione e con riferimento alle previsioni già definite per codeste aree;
- l'azione di valutazione, assume la funzione strategica di giudizio dell'esperienza pianificatoria in corso e che, pur avvalendosi dei risultati dell'azione di monitoraggio/verifica, produce atti di conferma o correzione (regolazione) di quanto si sta realizzando.

L'attività di valutazione si attua attraverso tre fasi specifiche:

- la valutazione **ex ante** caratterizzata dalla focalizzazione delle condizioni di partenza,

dei bisogni presenti e rilevati e della progettualità da intraprendere ritenuta più adeguata. Tale fase valutativa ha altresì il compito di verificare la conformità dei contenuti previsti nelle scelte pianificatorie con quanto previsto dagli indirizzi regionali;

- la valutazione **in itinere**, realizzata a seguito del monitoraggio di processo inerente l'implementazione della pianificazione nelle sue diverse componenti programmatiche e progettuali, al fine di individuare criticità e punti di forza utili per intraprendere strategie migliorative che tengano conto anche delle eventuali modificazioni del contesto. Stante la forte correlazione tra processo pianificatorio e le risorse economico-finanziarie, assume una particolare rilevanza il momento valutativo realizzato annualmente e connesso all'effettuazione di ciascun POA;
- la valutazione **ex post** finalizzata a individuare i risultati ottenuti a seguito della realizzazione del PIS/PIZ, anche con riferimento all'insieme delle risorse impiegate e ciò pure per orientare le successive scelte di Piano. La valutazione effettuata al termine del quinquennio di validità del PIS/PIZ assume dunque un significato particolare stante l'impegno a definire la nuova edizione del Piano con tutti gli elementi ad esso costitutivi che dovranno tener conto del mutamento nel frattempo avvenuto delle caratteristiche qualificanti il contesto decisionale.

.Monitoraggio degli obiettivi di servizio

La pianificazione zonale dovrà contenere l'indicazione dei contenuti attuativi e delle fasi temporali di effettiva realizzazione degli obiettivi di interesse regionale. Non va infatti dimenticato il ruolo di valutatore che la Regione esprime in relazione alla propria funzione di esercizio del governo complessivo del sistema integrato di interventi e servizi sanitari, sociosanitari e sociali a livello regionale. Parte importante dell'azione di valutazione regionale è costituita anche dalla raccolta di informazioni e di indicazioni utili per la successiva definizione della pianificazione regionale e per l'esercizio di una funzione di supporto e accompagnamento alle eventuali situazioni locali di difficoltà organizzativo strategiche.

.Relazione sullo stato di salute

Come previsto dell'art 20 l.r. 40/2005 “La relazione sullo stato di salute è il documento di monitoraggio e di valutazione dei servizi e delle attività sanitarie territoriali e sociali, che la società della salute, ove costituita, o la conferenza zonale dei sindaci redige annualmente”.

Il direttore della SdS predispone lo schema della relazione annuale della società della salute, il comitato di partecipazione esprime parere sulla schema di relazione annuale della società della salute entro trenta giorni dal suo ricevimento ed è trasmessa alla Giunta regionale nei quindici giorni successivi alla sua approvazione.

.Valutazione di esito

La valutazione degli esiti riguarda l'impatto che le politiche sociosanitarie hanno su ogni singolo ambito zonale; tale valutazione richiede una standardizzazione degli indicatori e una struttura sistemica che verrà definita a livello regionale anche con la collaborazione di ARS e Mes.

Per ciò che riguarda la valutazione delle politiche sociali verrà istituito un gruppo di lavoro, coordinato dall'Osservatorio Sociale, composto dai settori regionali di riferimento e da altri soggetti pubblici interessati (Università e Istituti di ricerca), volto a studiare e predisporre strumenti di analisi quali-quantitative, al fine di sperimentare, in alcune Zone sociosanitarie toscane, percorsi – condivisi con gli stakeholder locali - utili alla valutazione degli esiti degli interventi e delle politiche sociali.

.Appendice

.Riferimenti propedeutici per la descrizione del contesto del profilo di salute

Aree tematiche del profilo

Aspetto demografico	
Caratteristiche demografiche della zona-distretto	
L'andamento nel tempo della popolazione	
I cittadini stranieri	
La famiglia	
Le previsioni	
Lo stato di salute	
I macro indicatori dello stato di salute e benessere	
Persone che ricorrono all'uso dell'ospedale	
Altri fattori che incidono sullo stato di salute	
I fattori ambientali	
Variabili socioeconomiche	
Fattori di rischio individuali e stili di vita	
Criminalità e sicurezza	

.Riferimenti propedeutici per la descrizione del sistema dei servizi sociali sociosanitari e sanitari del profilo di salute

Target di riferimento	Macro livelli dei servizi e degli interventi di ambito sanitario, sociosanitario e sociale territoriali della zona distretto											
	Accesso e presa in carico per ambito			Domiciliare per ambito			Residenziali per ambito			Semi residenziali e altri servizi intermedi per ambito		
	Sanitario	Sociosanitario	Sociale	Sanitario	Sociosanitario	Sociale	Sanitario	Sociosanitario	Sociale	Sanitario	Sociosanitario	Sociale
Popolazione totale												
Anziani												
Persone con disabilità												
Infanzia, adolescenza, sostegno alla genitorialità e famiglia												
Immigrati												
Violenza di genere												
Salute Mentale												
Dipendenze												
Povertà e marginalità												

.Riferimenti propedeutici per la programmazione pluriennale

1CP: programmazione pluriennale PIS - Cure primarie – Settori

Obiettivo	Azioni	Risorse 1° Anno			Risorse 2° Anno			Risorse 3° Anno		
		Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>
Assistenza sanitaria di base										
Emergenza sanitaria territoriale										
Assistenza farmaceutica										
Assistenza integrativa										
Assistenza specialistica ambulatoriale										
Assistenza protesica										
Presidi Territoriali										
Sanità di iniziativa										
Assistenza ambulatoriale non integrata										
Assistenza domiciliare non integrata (cure domiciliari)										

Cure intermedie									
Strutture Residenziali a maggiore rilievo sanitario									
Azioni a supporto self management									
Azioni a supporto dell'invecchiamento attivo									
Riabilitazione di iniziativa									
Sorveglianza dell'anziano fragile									
Cure Palliative									
Materno Infantile									
Altri Servizi/Attività									

2CP: programmazione pluriennale PIS - Cure primarie –percorsi

Obiettivo	Azioni	Risorse 1° Anno			Risorse 2° Anno			Risorse 3° Anno		
		Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>
Percorsi assistenziali....										
Percorsi assistenziali....										

1SS: programmazione pluriennale PIS – Integrazione sociosanitaria – settori e macro livelli di servizi

Settori e macro livelli dei servizi	Obiettivo	Azioni	Risorse 1° Anno			Risorse 2° Anno			Risorse 3° Anno		
			Totale	di cui Sanitarie	di cui Sociali	Totale	di cui Sanitarie	di cui Sociali	Totale	di cui Sanitarie	di cui Sociali
Salute Mentale Adulti											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											
Salute Mentale Infanzia Adolescenza											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											
Dipendenze da Sostanze											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											
Dipendenze senza Sostanze											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											
Disabilità Gravi e Gravissime											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											
Anziani Non Autosufficienti											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											

2SS: programmazione pluriennale PIS – Integrazione sociosanitaria – Percorsi assistenziali

Percorsi Assistenziali	Obiettivo	Azioni	Risorse 1° Anno			Risorse 2° Anno			Risorse 3° Anno		
			Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>
Salute Mentale Adulti											
Salute Mentale Infanzia Adolescenza											
Dipendenze da Sostanze											
Dipendenze senza Sostanze											
Disabilità Gravi e Gravissime											
Anziani Non Autosufficienti											

1S: programmazione pluriennale PIS/PIZ – Socioassistenziale – settori e macro livelli di servizi

Settori e macro livelli dei servizi	Obiettivo	Azioni	Risorse 1° Anno			Risorse 2° Anno			Risorse 3° Anno		
			Totale	di cui Sanitarie	di cui Sociali	Totale	di cui Sanitarie	di cui Sociali	Totale	di cui Sanitarie	di cui Sociali
Infanzia, adolescenza, sostegno alla genitorialità e famiglia											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											
Disabili											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											
Anziani											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											
Immigrati											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											
Inclusione Sociale											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											
Multi utenza											
Accesso e presa in carico											
Intermedio											
Domiciliare											
Semiresidenziale											
Residenziale											

2S: programmazione pluriennale PIS/PIZ – Socioassistenziale – – Percorsi assistenziali

Percorsi Assistenziali	Obiettivo	Azioni	Risorse 1° Anno			Risorse 2° Anno			Risorse 3° Anno		
			Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>
Infanzia, adolescenza, sostegno alla genitorialità e famiglia											
Disabili											
Anziani											
Immigrati											
Inclusione Sociale											
Multi utenza											

1PP: programmazione pluriennale PIS – Promozione e Prevenzione – Progetti

Obiettivo	Azioni	Risorse 1° Anno			Risorse 2° Anno			Risorse 3° Anno		
		Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>
Progetto 1										
Progetto 2										
Progetto n										

2PP: programmazione pluriennale PIS – Promozione e Prevenzione – Percorsi assistenziali

Percorsi Assistenziali	Obiettivo	Azioni	Risorse 1° Anno			Risorse 2° Anno			Risorse 3° Anno		
			Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>
Progetto 1											
Progetto 2											
Progetto n											

1CVG: programmazione pluriennale PIS – Contrasto Violenza di Genere – macro livelli di servizi

Attività	Obiettivo	Azioni	Risorse 1° Anno			Risorse 2° Anno			Risorse 3° Anno		
			Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>
Accesso e presa in carico											
.....											
.....											
.....											
Intermedio											
.....											
.....											
.....											
Domiciliare											
.....											
.....											
.....											
Semiresidenziale											
.....											
.....											
.....											
Residenziale											
.....											
.....											
.....											

2CVG: programmazione pluriennale PIS – Contrasto Violenza di Genere – Percorsi assistenziali

Percorsi Assistenziali	Obiettivo	Azioni	Risorse 1° Anno			Risorse 2° Anno			Risorse 3° Anno		
			Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>	Totale	<i>di cui Sanitarie</i>	<i>di cui Sociali</i>
Percorso ...											
Percorso ...											
Percorso ...											

.Riferimenti propedeutici per la programmazione annuale POA

In riferimento a ciascuna area, per ogni settore, la scheda POA comprende tutte le attività programmate, sia quelle cosiddette ‘storiche’ che quelle ‘innovative a progetto’.

Le attività sociosanitarie possono essere tratte sia dalle griglie propedeutiche dell'area di programmazione di riferimento sia dal nomenclatore degli interventi e servizi sociali

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE ASSISTENZA FARMACEUTICA

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE ASSISTENZA INTEGRATIVA

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE - ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE - ASSISTENZA PROTESICA

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE - PRESIDII TERRITORIALI

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE - SANITA' DI INIZIATIVA

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE - ASSISTENZA AMBULATORIALE NON INTEGRATA

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE ASSISTENZA DOMICILIARE NON INTEGRATA (CURE DOMICILIARI)

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE CURE INTERMEDIE

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE - STRUTTURE SANITARIE A MAGGIOR RILIEVO SANITARIO

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE AZIONI A SUPPORTO SELF MANAGEMENT

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE- AZIONI DI SUPPORTO ALL'INVECCHIAMENTO ATTIVO

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE - RIABILITAZIONE DI INIZIATIVA

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE SORVEGLIANZA DELL'ANZIANO FRAGILE

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE CURE PALLIATIVE

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE MATERNO INFANTILE

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE – ALTRI SERVIZI/ATTIVITA'

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività *	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Progetto 1	attività1										
	attività2										
										
Progetto n	attività1										
	attività2										
										
:	:										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CURE PRIMARIE - Percorsi

Fasi del percorso assistenziale	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
					Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Percorso ...										
Percorso ...										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA – SALUTE MENTALE ADULTI

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA – SALUTE MENTALE INFANZIA ADOLESCENZA

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA –DIPENDENZE DA SOSTANZE

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA – DIPENDENZE SENZA SOSTANZE

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA – DISABILITA' GRAVI E GRAVISSIME

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA – ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA – Percorsi

Fasi del percorso assistenziale	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
					Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Percorso ...										
Percorso ...										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – SOCIASSISTENZIALE – INFANZIA, ADOLESCENZA, SOSTEGNO ALLA GENITORIALITÀ E FAMIGLIA

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis/Piz	Azione di Pis/Piz	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – SOCIASSISTENZIALE – DISABILI

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis/Piz	Azione di Pis/Piz	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – SOCIASSISTENZIALE – ANZIANI

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis/Piz	Azione di Pis/Piz	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – SOCIASSISTENZIALE – IMMIGRATI

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis/Piz	Azione di Pis/Piz	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – SOCIASSISTENZIALE – INCLUSIONE SOCIALE

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis/Piz	Azione di Pis/Piz	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – SOCIASSISTENZIALE – MULTI UTENZA

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis/Piz	Azione di Pis/Piz	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - SOCIASSISTENZIALE – Percorsi

Fasi del percorso assistenziale	Obiettivo di Pis/Piz	Azione di Pis/Piz	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
					Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Percorso ...										
Percorso ...										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – PROMOZIONE E PREVENZIONE – PROGETTI

Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
				Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
PROGETTO									
PROGETTO									
PROGETTO									

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - PROMOZIONE E PREVENZIONE – Percorsi

Fasi del percorso assistenziale	Obiettivo di Pis	Azione di Pis	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
					Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Percorso ...										
Percorso ...										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale – CONTRASTO VIOLENZA DI GENERE

Progetto	Attività (rif. griglie attività)	Obiettivo di Pis/Piz	Azione di Pis/Piz	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
						Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Accesso e presa in carico											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Intermedio											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Domiciliare											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Semiresidenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										
Residenziale											
Progetto 1	attività 1										
	attività n										
Progetto n	attività 1										
										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

Programma Operativo Annuale - CONTRASTO VIOLENZA DI GENERE – Percorsi

Fasi del percorso assistenziale	Obiettivo di Pis/Piz	Azione di Pis/Piz	Tipologia Attività*	Modalità di Gestione**	Periodo		Risorse			Indicatori
					Avvio	Fine	Totale	Di cui Sanitarie	Di cui Sociali	
Percorso ...										
Percorso ...										

* Continuativa/Innovativa

** SdS gestione diretta; SdS gestione indiretta ente erogatore Ausl; SdS gestione indiretta con ente erogatore comuni o FTSA; AUSL gestione diretta; Associata gestione diretta

.Riferimenti propedeutici attività per settore e area**Griglia propedeutica delle attività/servizi/interventi Cure primarie o Assistenza Sanitaria Territoriale**

<i>Codice</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Descrizione</i>
A.1	Assistenza sanitaria di base.	A.1.1 Assistenza Sanitaria di Base, sia in forma di assistenza ambulatoriale che domiciliare e compresa l'assistenza domiciliare programmata al domicilio o in struttura e l'assistenza domiciliare integrata con gli altri professionisti del SSR A.1.2 Continuità Assistenziale. A.1.3 Assistenza ai Turisti.
A.2	Emergenza sanitaria territoriale.	A.2.1 Interventi sanitari mediante mezzi di soccorso di base e avanzato, terrestri e aerei, con personale sanitario adeguatamente formato, A.2.2 Trasporti sanitari secondari assistiti e non assistiti, A.2.3 Attività assistenziali e organizzative in occasione di maxiemergenze
A.3	Assistenza farmaceutica.	A.3.1 Erogazione attraverso le farmacie convenzionate. A.3.2 Erogazione attraverso i servizi territoriali e ospedalieri.
A.4	Assistenza integrativa	Erogazione dei dispositivi medici monouso, dei presidi per diabetici e dei prodotti destinati a un'alimentazione particolare.
A.5	Assistenza specialistica ambulatoriale	Secondo il nomenclatore specifico ed in base alle indicazioni della DGR 1080/16, che prevede che debbano essere garantite a livello di zona le seguenti prestazioni: prima visita e visita di controllo cardiologica, ORL, ortopedica, oculistica, neurologica, dermatologica, oltre alle prestazioni di ecografia addome e Rx diretta
A.6	Assistenza protesica	Secondo il nomenclatore specifico ed in base alle indicazioni della DGR 1313/15, con attenzione specifica al supporto della continuità ospedale-territorio.
A.8	Presidi territoriali	A.8.1. Piano regolatore dei presidi sociosanitari/case della salute di Zona distretto A.8.2. Servizi innovativi e multifunzionali per facilitare l'accesso unitario ai servizi e l'informazione (Botteghe della salute)
A.9	Sanità di iniziativa	A.9.1. Percorso assistenziale per pazienti con bisogni complessi (target A) A.9.2. Percorso assistenziale per pazienti ad alto rischio cardiovascolare (target B1) A.9.3. Percorso assistenziale per pazienti già arruolati in sanità d'iniziativa per le patologie diabete mellito, scompenso cardiaco, BPCO, pregresso ictus/TIA e non arruolati nei percorsi target B1 ed A (target B2) A.9.4. Programmi di comunità per i pazienti a basso rischio cardiovascolare (target C)
A.11	Assistenza ambulatoriale non integrata	Prestazioni assistenza ambulatoriale, anche riconducibili ai nomenclatori vigenti, erogate dai professionisti sanitari (infermieri, fisioterapisti, etc.) in grado di rispondere ai bisogni semplici e non a carattere integrato
A.11	Assistenza domiciliare non integrata (cure domiciliari)	Prestazioni assistenza domiciliare, anche riconducibili ai nomenclatori vigenti, erogate sia dai MMG che dai professionisti sanitari (infermieri, fisioterapisti, etc.) in grado di rispondere ai bisogni semplici e non a carattere integrato. In base a quanto previsto dalla DGR 660/15, comprende: A.11.1 Cure domiciliari prestazionali (prestazioni sanitarie monoprofessionali occasionali) A.11.2 Cure domiciliari programmate (prestazioni sanitarie monoprofessionali a ciclo programmato, con valutazione multidimensionale e presa in carico dell'assistito; ricomprende anche ADP e ADR erogate dal MMG)
A.12	Cure intermedie	Strutture di residenzialità extraospedaliera in grado di accogliere pazienti in dimissione da reparti acuti o post-acuti dell'ospedale, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o proseguire il processo di recupero in ambito non ospedaliero
A.13	Strutture Residenziali a maggiore rilievo sanitario	Strutture per persone in condizione di stato vegetativo, coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, pazienti terminali, ecc. Prestazioni erogate in nuclei specializzati a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale
A.14	Azioni a supporto self management	Sviluppo di iniziative volte alla piena realizzazione dei progetti di empowerment del paziente anche nell'ambito della sanità d'iniziativa. Promozione del coinvolgimento della comunità come previsto dal modello ECCM.

A.15	Azioni a supporto dell'invecchiamento attivo	Sviluppo di azioni rivolte alla popolazione anziana e/o disabile relative all'attività fisica adattata (AFA) e alla prevenzione delle cadute nell'anziano. Sviluppo della rete di erogatori esistente e promozione di nuove iniziative, in collaborazione con i Comuni e le Zone/Distretto, orientate a facilitare la costruzione di reti di opportunità, che sviluppino a vari livelli interventi di promozione della salute
A.16	Riabilitazione di iniziativa	Avvio all'interno della sanità d'iniziativa di azioni a carattere riabilitativo-motorio aventi finalità di tipo preventivo nelle condizioni di cronicità e/o disabilità. Promozione di attività di supporto a strategie di self-management e programmi di autocura anche con l'utilizzo di ICT. Sviluppo di interventi di adeguamento del contesto abitativo e sociale anche con interventi di assistenza protesica.
A.17	Sorveglianza dell'anziano fragile	Programmazione e realizzazione di iniziative proattive per l'anziano fragile, quali la sorveglianza caldo. Strutturazione di reti di sorveglianza specifiche che integrino i ruoli delle professionalità coinvolte (medici di medicina generale, operatori SSR, volontariato etc).

Griglia propedeutica delle attività/servizi/interventi Cure Palliative

<i>Codice</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Descrizione</i>
Domiciliare		
CP 1	Cure palliative domiciliari di primo livello o di base	Cure domiciliari rivolte ai pazienti nella fase terminale, in base al piano assistenziale individuale (PAI) redatto a seguito di valutazione multidimensionale. Comprendono la presa in carico con responsabilità/coordinamento affidata al medico di medicina generale. Prevede la consulenza del medico palliativista
CP 2	Cure palliative domiciliari di secondo livello o specialistiche	Cure domiciliari rivolte ai pazienti nella fase terminale, in base al piano assistenziale individuale (PAI) redatto a seguito di valutazione multidimensionale. Comprendono le prestazioni del palliativista e altre prestazioni sociosanitarie e sanitarie necessarie, la presa in carico da parte di equipe professionale dedicata in possesso di specifiche competenze in cure palliative
Residenziale		
CP 3.	Centri specialistici di cure palliative - Hospice.	Il Servizio sanitario regionale, nell'ambito della rete locale di cure palliative, in età adulta e pediatrica e per la terapia del dolore (DGRT 710/2014 199/2014) garantisce alle persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive, in fase avanzata, a rapida evoluzione e a prognosi infausta, il complesso integrato delle prestazioni mediche specialistiche, infermieristiche, riabilitative, psicologiche, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza farmaceutica e la fornitura di preparati per nutrizione artificiale, le prestazioni sociali, tutelari e alberghiere, nonché di sostegno spirituale. Le prestazioni sono erogate da équipe multidisciplinari e multiprofessionali nei Centri specialistici di cure palliative-Hospice. Gli Hospice assicurano l'assistenza medica e infermieristica e la presenza di operatori tecnici dell'assistenza sette giorni su sette, sulle 24 ore, e dispongono di protocolli formalizzati rivolti alla persona e al care giver per: il controllo del dolore e dei sintomi, la sedazione, l'alimentazione, l'idratazione e di programmi formalizzati per l'informazione, la comunicazione e il sostegno al paziente e alla famiglia, l'accompagnamento alla morte e l'assistenza al lutto, l'audit clinico ed il sostegno psico-emotivo all'équipe.
CP4	Promozione e sensibilizzazione	Promozione di attività e campagne informative rivolte alla cittadinanza e agli operatori del srr per la conoscenza della legge 38/2010, la diffusione delle cure palliative, l'accesso alla rete dei servizi e in generale il diritto della persona a non soffrire inutilmente

Griglia propedeutica delle attività/servizi/interventi Materno Infantile – ambito sanitario e sociosanitario
n.b le attività di ambito sociale sono nella relativa griglia del nomenclatore degli interventi e servizi sociali

<i>Codice</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Descrizione</i>
Assistenziale / Ambulatoriale/consultoriale		
MI A1	Maternità e paternità responsabile.	Educazione e consulenza per la maternità e paternità responsabile.
MI A2	Procreazione responsabile.	Educazione alla procreazione responsabile, consulenza preconcezionale e contraccezione
MI A3	Disturbi del comportamento alimentare	Assistenza, consulenza psicologica, valutazione, orientamento e indirizzo ai servizi
MI A4	Tutela della salute della donna.	Tutela e promozione della salute della donna, prevenzione e terapia delle malattie sessualmente trasmissibili, prevenzione e diagnosi precoce dei tumori genitali femminili in collaborazione con i centri di screening, e delle patologie benigne dell'apparato genitale. Empowerment della donna e della famiglia. Promozione di corretti stili di vita
MI A5	Assistenza alla donna in stato di gravidanza.	Assistenza alla donna in stato di gravidanza e tutela della salute del nascituro anche ai fini della prevenzione del correlato disagio psichico.
MI A6	Corsi di accompagnamento alla nascita.	Corsi di accompagnamento alla nascita in collaborazione con il presidio ospedaliero.
MI A7	Assistenza al puerperio e supporto nell'accudimento del neonato.	
MI A8	Assistenza all'interruzione volontaria della gravidanza.	Consulenza, supporto psicologico e assistenza per l'interruzione volontaria della gravidanza e rilascio attestazioni. Colloquio post IVG, educazione alla procreazione responsabile
MI A9	Assistenza per sterilità e infertilità.	Consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi di sterilità e infertilità e per procreazione medicalmente assistita.
MI A10	Assistenza per menopausa.	Consulenza, supporto psicologico e assistenza per problemi correlati alla menopausa.
MI A11	Assistenza per problemi individuali e di coppia.	Consulenza ed assistenza psicologica per problemi individuali e di coppia. Attività di mediazione familiare
MI A12	Assistenza per adolescenti.	Consulenza e assistenza a favore degli adolescenti, anche in collaborazione con le istituzioni scolastiche, con le famiglie, Sert, SMIA
MI A13	Assistenza per minori in situazione di disagio grave.	Prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico ai minori in situazione di disagio, in stato di abbandono o vittime di maltrattamenti e abusi.
MI A14	Psicoterapia.	Attività individuale, di coppia, familiare, di gruppo.
MI A15	Supporto psicologico e sociale a nuclei familiari in condizioni di disagio.	
MI A16	Violenza di genere e sessuale.	Prevenzione, individuazione precoce, accoglienza e assistenza nei casi di violenza di genere e sessuale.
MI A17	Affidamento familiare e adozione.	Valutazione e supporto psicologico a coppie e minori per l'affidamento familiare e l'adozione, anche nella fase successiva all'inserimento del minore nel nucleo familiare.
MI A18	Rapporti con Autorità giudiziaria.	Rapporti con il Tribunale dei minori e adempimenti connessi.
MI A19	Consulenza specialistica.	Consulenza specialistica e collaborazione con gli altri servizi distrettuali territoriali.
MI A20	Consulenza con medicina generale	Consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale.
MI A21	Attività dei PdLS	Attività dei PdLS a sostegno dei percorsi consultoriale Attività dei PdLS a supporto della programmazione sulla base dei bilanci di salute
MI A22	Mediazione culturale	Interventi e attività per la promozione della equità di accesso ai servizi informazione e produzione di strumenti per la conoscenza e l'orientamento dei servizi sociosanitari
Domiciliare		
MI D1	Interventi e attività a sostegno dei percorsi assistenziali pre e post partum	Prestazioni socio-sanitarie di sostegno alla gravidanza e al puerperio
MI D2	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata	Prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" a fasce deboli di popolazione, o con ridotte capacità funzionali e abilità, o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita

Griglia propedeutica delle attività/servizi/interventi Non autosufficienza

<i>Codice</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Descrizione</i>
Accesso e presa in carico		
NA A1	Accesso	
NA A2	Valutazione diagnostica multidisciplinare.	
NA A3	Definizione piano personalizzato.	Definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia.
NA A4	Problematiche mediche specialistiche.	Gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio.
NA A5	Colloqui psicologico-clinici.	
NA A6	Psicoterapia.	Attività individuale, di coppia, familiare, di gruppo.
NA A7	Abilitazione e riabilitazione.	Abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita.
NA A8	Orientamento e training.	Colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi.
NA A9	Gruppi di sostegno.	
NA A10	Consulenza specialistica.	Consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali.
NA A11	Consulenza con medicina generale.	Collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.
Intermedio		
NA I1	Supporto autonomia.	Interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana.
NA I2	interventi sulla rete sociale formale e informale.	
Domiciliare		
NA D1	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata	Prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" a persone non autosufficienti, o con ridotte capacità funzionali e abilità, o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita
NA D2	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio
Semiresidenziale		
NA SR 1	Strutture semiresidenziali per persone anziane Modulo Cognitivo	Struttura semiresidenziale per persone anziane che assicura attività assistenziali dirette a gruppi di persone per più ore al giorno e per più giorni la settimana e garantisce l'alta integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale. Modulo cognitivo
NA SR2	Strutture semiresidenziali per persone anziane	Struttura semiresidenziale per persone anziane che assicura attività assistenziali dirette a gruppi di persone per più ore al giorno e per più giorni la settimana e garantisce l'alta integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.
Residenziale		
NA R1	Residenza Sanitaria Assistenziale Stato vegetativo	Struttura residenziale che eroga prestazioni socio-assistenziali e a integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria assistenziale). Modulo 4
NA R2	Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo riabilitativo - motorio	Struttura residenziale che eroga prestazioni socio-assistenziali e a integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria assistenziale). Modulo 2
NA R3	Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo Cognitivo	Struttura residenziale che eroga prestazioni socio-assistenziali e a integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria assistenziale). Modulo 3

Linee guida Piano Integrato di Salute e Piano di Inclusione Zonale

NA R4	Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo Base	Struttura residenziale che eroga prestazioni socio-assistenziali e a integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria assistenziale). Modulo Base
NA R5	Residenza Sanitaria Assistenziale Modulo BIA	Struttura residenziale che eroga prestazioni socio-assistenziali e a integrazione socio-sanitaria, destinata ad accogliere temporaneamente o permanentemente persone anziane non autosufficienti (Residenza Sanitaria assistenziale). Modulo Bassa Intensità Assistenziale
NA R6	Strutture/percorsi sperimentali	

Griglia propedeutica delle attività/servizi/interventi Disabilità

<i>Codice</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Descrizione</i>
Accesso e presa in carico		
DS A1	Valutazione diagnostica multidisciplinare.	
DS A2	Accesso	
DS A3	Definizione piano personalizzato.	Definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in collaborazione con la persona e la famiglia.
DS A4	Problematiche mediche specialistiche.	Gestione delle problematiche mediche specialistiche, anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio.
DS A5	Colloqui psicologico-clinici.	
DS A6	Psicoterapia.	Attività individuale, di coppia, familiare, di gruppo.
DS A7	Abilitazione e riabilitazione.	Abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate al recupero e al mantenimento dell'autonomia in tutti gli aspetti della vita.
DS A8	Orientamento e training.	Colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso degli ausili e delle protesi.
DS A9	Gruppi di sostegno.	
DS A10	Consulenza specialistica.	Consulenze specialistiche e collaborazione con gli altri servizi ospedalieri e distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali.
DS A11	Consulenza con medicina generale.	Collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.
Intermedio		
DS I1	Supporto autonomia.	Interventi psico-educativi, socio-educativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana.
DS I2	Inserimento lavorativo.	Interventi terapeutico-riabilitativi e socio-riabilitativi finalizzati all'inserimento lavorativo.
DS I3	interventi sulla rete sociale formale e informale.	
DS I4	Consulenza in ambito scolastico.	Collaborazione e consulenza con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni.
Domiciliare		
DS D1	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata	Prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" a persone non autosufficienti, o con ridotte capacità funzionali e abilità, o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita
DS D2	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio
Semiresidenziale		
DS SR1	Trattamenti semiresidenziali estensivi.	Trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo.
DS SR2	Strutture semiresidenziali per persone disabili	Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate, anche in laboratori e centri occupazionali. Struttura semiresidenziale per persone disabili che assicura interventi integrati di carattere educativo/riabilitativo, per il mantenimento e lo sviluppo delle capacità residue e dei livelli di autonomia.
Residenziale		
DS R1	Trattamenti residenziali intensivi (3° Livello)	Trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo.

DS R2	Trattamenti residenziali estensivi (2° Livello).	Trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo.
DS R3	Residenza Sanitaria assistenziale per Disabili.	Struttura residenziale per persone disabili prevalentemente gravi, con attestazione di gravità, che eroga prestazioni socio-assistenziali e a integrazione socio-sanitaria.
DS R4	Comunità Alloggio Protetta	Struttura residenziale a carattere comunitario, ad alta integrazione sociosanitaria, per l'accoglienza di persone adulte disabili che necessitano di aiuto, prevalentemente in situazione di gravità.
DS R5	Strutture/percorsi sperimentali	

Griglia propedeutica delle attività/servizi/interventi Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze senza sostanze

<i>Codice</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Descrizione</i>
Accesso e presa in carico		
DIPSS A1	Accoglienza	il primo colloquio che l'utente o la famiglia effettua con l'operatore del Ser.D, durante il quale quest'ultimo riceve e ascolta la richiesta dell'utente e/o della sua famiglia, la sua problematica di dipendenza e prende informazioni necessarie per un'eventuale successiva fase diagnostica.
DIPSS A2	Assessment	L'assessment è un concetto ampio che comprende lo screening, la valutazione e attività diagnostiche. L'assessment multidimensionale si basa su una valutazione multidisciplinare integrata e coinvolge le diverse professionalità dell'equipe, comprendendo il colloquio individuale e altri strumenti di valutazione.
DIPSS A5	Programma terapeutico	A termine del percorso di valutazione multidisciplinare, nell'ambito delle attività dell'equipe viene definito il programma terapeutico integrato e personalizzato rivolto al giocatore e ai suoi familiari. Il programma terapeutico viene presentato e condiviso con il giocatore e se possibile con i familiari di riferimento e formalizzato tramite la compilazione e la firma della scheda prevista dalla cartella informatizzata (consenso informato MAC 07).
DIPSS A6	Valutazione di trattamenti farmacologici per comorbidità	
DIPSS A9.1.	Psico-educazione - individuale e/o di gruppo	
DIPSS A9.2.	Colloqui motivazionali individuali e gruppi motivazionali-	
DIPSS A10	Counselling al giocatore e/o familiari	
DIPSS A11	Psicoterapie (individuali, familiari e di gruppo)	
DIPSS A12	Invio e collaborazione con i gruppi di auto-aiuto	
DIPSS A13	Gruppi di sostegno per familiari.	Promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica.
DIPSS A14	Consulenza specialistica.	Consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali.
DIPSS A15	Consulenza in medicina generale.	Collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.
DIPSS A16	Rapporti con Autorità giudiziaria	Interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria.
DIPSS A17	Collaborazione con Salute Mentale.	Collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.
Intermedio		
DIPSS I1	Tutoraggio economico	
DIPSS I2	Attività di supporto sociale al paziente	Sostegno alla gestione del debito, all'attività lavorativa, alla genitorialità e reperimento risorse ecc.
DIPSS I3	Attivazione di consulenze legali e/o finanziarie	
DIPSS I4	Invio e collaborazione con associazioni di tutela economica	(es. centri antiusura, micro credito)
DIPSS I5	Inserimento lavorativa	Orientamento e accompagnamento in percorsi di inserimento lavorativo terapeutico e socio-riabilitativo
DIPSS I6	Amministratore di sostegno	Ricorso all'attivazione della procedura di nomina dell'amministratore di sostegno
DIPSS I7	Interventi di riduzione del danno.	
Domiciliare		
DIPSS D1	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata	Prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" a persone non autosufficienti, o con ridotte capacità funzionali e abilità, o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel

		suo ambiente di vita
DIPSS D2	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio
Semiresidenziale		
DIPSS SR1	Programma semiresidenziale	È un programma territoriale, interdisciplinare, intensivo e strutturato, con una valenza terapeutica e riabilitativa. Rivolto preferibilmente a giocatori che hanno una rete socio-familiare e situazioni occupazionali che non consentano un allontanamento prolungato dal proprio contesto. Il programma è individualizzato e modulato sulla base delle esigenze e dei tempi della persona e dei suoi familiari
DIPSS SR2	Trattamenti semiresidenziali pedagogico-riabilitativi.	Trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono l'attività per 6 ore al giorno, per almeno cinque giorni la settimana.
Residenziale		
DIPSS R1	Programma residenziale intensivo breve	Il programma, prevalentemente a valenza psicoterapica, utilizza interventi intensivi e brevi finalizzati alla: - lettura della funzione del sintomo nella storia di vita del giocatore - facilitazione della comprensione e stimolo al cambiamento delle distorsioni cognitive del paziente - individuazione di tecniche e strategie di coping - sperimentazione di nuove modalità di gestione del tempo libero
DIPSS R2	Trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi.	Trattamenti terapeutico-riabilitativi destinati a persone con dipendenza patologica, finalizzati al superamento della dipendenza, al miglioramento della qualità della vita e al reinserimento sociale. I trattamenti, della durata massima di 18 mesi, eventualmente prorogabili a seguito di rivalutazione multidimensionale da parte dei servizi territoriali delle dipendenze patologiche, sono rivolti a persone che, anche in trattamento farmacologico sostitutivo, non assumono sostanze d'abuso, e sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale sulle 24 ore.
DIPSS R3	Trattamenti pedagogico-riabilitativi.	Trattamenti pedagogico-riabilitativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale e alla integrazione sociale e lavorativa. I trattamenti, della durata massima di 30 mesi, sono rivolti a persone che non assumono sostanze d'abuso e non hanno in corso trattamenti con farmaci sostitutivi, e sono erogati in strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario nell'arco della giornata.

Griglia propedeutica delle attività/servizi/interventi Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze con sostanze

<i>Codice</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Descrizione</i>
Accesso e presa in carico		
DIPCS A1	Accoglienza.	
DIPCS A2	Valutazione diagnostica multidisciplinare.	
DIPCS A3	Valutazione dello stato di dipendenza	
DIPCS A4	Certificazione dello stato di dipendenza patologica.	
DIPCS A5	Definizione piano personalizzato.	Definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia.
DIPCS A6	Terapie farmacologiche.	Somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico.
DIPCS A7	Gestione delle problematiche mediche specialistiche.	
DIPCS A8	Patologie correlate.	Interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze.
DIPCS A9	Colloqui psicologico-clinici.	
DIPCS A10	Colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia.	
DIPCS A11	Psicoterapia.	Attività individuale, di coppia, familiare, di gruppo.
DIPCA A12	Gruppi di sostegno per utenti.	Promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica.
DIPCS A13	Gruppi di sostegno per familiari.	Promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica.
DIPCS A14	Consulenza specialistica.	Consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali.
DIPCS A15	Consulenza in medicina generale.	Collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.
DIPCS A16	Rapporti con Autorità giudiziaria	Interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria.
DIPCS A17	Collaborazione con Salute Mentale.	Collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità.
	Intermedio	
DIPCS I1	Interventi di riduzione del danno.	
DIPCS I2	Supporto all'autonomia.	Interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa.
Domiciliare		
DIPCS D1	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata	Prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" a persone non autosufficienti, o con ridotte capacità funzionali e abilità, o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita
DIPCS D2	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio
Semiresidenziale		
DIPCS SR1	Centro semiresidenziale di accoglienza	Accoglienza non selezionata e ingresso immediato Comunicazione dell'ingresso entro 48 ore al Ser.T. di residenza dell'utente Autorizzazione alla successiva permanenza in struttura da parte del Ser.T. di residenza dell'utente Permanenza complessiva dell'utente non superiore, di norma, a novanta giorni Apertura: cinque giorni a settimana Svolgimento attività e presenza continuativa di personale: otto ore giornaliere Accoglienza non selezionata e ingresso immediato Comunicazione dell'ingresso entro 48 ore al Ser.T. di residenza dell'utente Autorizzazione alla successiva permanenza in struttura da parte del Ser.T. di residenza

		dell'utente Permanenza complessiva dell'utente non superiore, di norma, a novanta giorni Apertura: cinque giorni a settimana Svolgimento attività e presenza continuativa di personale: otto ore giornaliere
DIPCS SR2	Servizio semiresidenziale terapeutico riabilitativo.	Inserimento, effettuato dal Ser.T., previa valutazione diagnostica multidisciplinare Durata programma: non superiore a diciotto mesi Apertura: cinque giorni a settimana Svolgimento attività e presenza continuativa di personale: otto ore giornaliere Inserimento, effettuato dal Ser.T., previa valutazione diagnostica multidisciplinare Durata programma: non superiore a diciotto mesi Apertura: cinque giorni a settimana Svolgimento attività e presenza continuativa di personale: otto ore giornaliere
DIPCS SR3	Servizio semiresidenziale pedagogico riabilitativo.	Inserimento, effettuato dal Ser.T., previa valutazione diagnostica multidisciplinare Apertura: cinque giorni a settimana Svolgimento attività e presenza continuativa di personale: otto ore giornaliere Durata programma: non superiore a trenta mesi
Residenziale		
DIPCS R1.1	Servizio residenziale per persone dipendenti da sostanze con patologie psichiatriche.	Inserimento, effettuato dal Ser.T., previa valutazione diagnostica multidisciplinare Accoglienza utenti con disturbo da uso di sostanze e compresenza di disturbi psicotici Durata programma di norma non superiore a dodici mesi Capacità ricettiva massima: dodici posti Apertura: sette giorni a settimana Presenza continuativa di personale: 24 ore su 24.
DIPCS R1.2	Centro residenziale di osservazione, diagnosi e orientamento.	Inserimento, effettuato dal Ser.T., previa valutazione diagnostica multidisciplinare Inserimento utenti: • di entrambi i sessi; • anche con trattamenti farmacologici in corso; • con gravi problematiche socio-familiari; • anche con alcoldipendenza correlata; • anche con comorbilità psichiatrica, di non grave entità; • anche in affidamento sociale. Durata programma: non superiore, di norma, a novanta giorni Capacità ricettiva massima: dodici posti (o multipli di dodici ove la sede operativa sia organizzata in più moduli organizzativi) Apertura: sette giorni a settimana Presenza continuativa di personale: 24 ore su 24
DIPCS R1.3	Servizio residenziale per donne tossicodipendenti in gravidanza e/o puerperio	Inserimento della donna, effettuato dal Ser.T., previa valutazione diagnostica multidisciplinare, in accordo, per i minori, con i servizi sociali competenti per la loro tutela Apertura: sette giorni a settimana Presenza di spazi appositi per bambini per attività di nido Presenza camere per compresenza di non più di due mamme con bambino Presenza continuativa di personale: 24 ore su 24. Durata programma: non superiore a diciotto mesi
DIPCS R2.1	Centro residenziale di accoglienza	Accoglienza non selezionata e ingresso immediato Comunicazione dell'ingresso entro 48 ore al Ser.T. di residenza dell'utente Autorizzazione alla successiva permanenza in struttura da parte del Ser.T. di residenza dell'utente Permanenza complessiva dell'utente non superiore, di norma, a novanta giorni Apertura: sette giorni a settimana Presenza continuativa di personale: 24 ore su 24
DIPCS R2.2	Servizio residenziale terapeutico riabilitativo.	Inserimento, effettuato dal Ser.T., previa valutazione diagnostica multidisciplinare Durata programma: non superiore a diciotto mesi Apertura: sette giorni a settimana Presenza continuativa di personale: 24 ore su 24.
DIPCS R2.3	Servizio residenziale terapeutico per minori e giovani adulti	Capacità ricettiva: da 8 a 12 posti letto <input type="checkbox"/> Apertura: sette giorni a settimana <input type="checkbox"/> Presenza di educatori professionali: 24 ore su 24 <input type="checkbox"/> Permanenza in struttura: di norma non superiore a dodici mesi <input type="checkbox"/> Fascia d'età ≥ 14 anni La struttura può accogliere solo minori e giovani adulti con programma terapeutico elaborato dal SERT, previa valutazione diagnostica multidisciplinare, e sottoscritto dall'utente. Nel caso di soggetto minore il programma terapeutico dovrà essere sottoscritto anche da coloro che esercitano la potestà genitoriale.

Linee guida Piano Integrato di Salute e Piano di Inclusione Zonale

DIPCS R3	Servizio residenziale pedagogico riabilitativo.	Inserimento, effettuato dal Ser.T., previa valutazione diagnostica multidisciplinare Apertura del centro sette giorni a settimana su 52 settimane Presenza Operatori non inferiore alle dodici ore giornaliere Durata programma non superiore a trenta mesi
----------	---	--

Griglia propedeutica delle attività/servizi/interventi Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali - SMA

<i>Codice</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Descrizione</i>
Accesso e presa in carico		
SMA A1	Individuazione precoce e proattiva del disturbo.	
SMA A2	Accoglienza.	
SMA A3	Valutazione diagnostica multidisciplinare.	
SMA A4	Definizione piano personalizzato.	Definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale in accordo con la persona e in collaborazione con la famiglia.
SMA A5	Visite psichiatriche.	
SMA A6	Terapie farmacologiche.	Prescrizione e somministrazione di terapie farmacologiche.
SMA A7	Colloqui psicologico-clinici.	
SMA A8	Psicoterapia.	Attività individuale, di coppia, familiare, di gruppo.
SMA A9	Abilitazione e riabilitazione.	Abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche.
SMA A10	Colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia.	
SMA A11	Interventi psicoeducativi rivolti alla persona e alla famiglia.	
SMA A12	Gruppi di sostegno per i familiari.	
SMA A13	Consulenza specialistica.	Consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali.
SMA A14	Consulenza con medicina generale.	Consulenza e collaborazione con i medici di medicina generale.
SMA A15	Collaborazione con Dipendenze Patologiche.	Collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai pazienti con comorbidità.
SMA A16	Continuità assistenziale del passaggio all'età adulta.	Progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.
Intermedio		
SMA I1	Interventi sulla rete sociale, formale e informale.	
SMA I2	Supporto all'autonomia.	Interventi terapeutico-riabilitativi e socio-educativi volti a favorire il recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa.
Domiciliare		
SMA D1	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata	Prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" a persone non autosufficienti, o con ridotte capacità funzionali e abilità, o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita
SMA D2	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio
Assistenza Semiresidenziale		
SMA SR1.1	Centro Diurno Psichiatrico	Collocato in normale contesto urbano in modo da favorire i processi di socializzazione e l'utilizzo di spazi e attività per il tempo libero esistenti nella comunità, preferibilmente a piano terra con annesso spazio verde. Apertura 6 giorni la settimana per almeno 8 ore. Presenza di personale medico specialistico e di psicologi programmata o per fasce orarie. Nell'orario di apertura devono essere presenti almeno due operatori. E' garantita la presenza di educatori professionali, personale infermieristico, professionisti sanitari della riabilitazione, istruttori in relazione alle attività programmate.
SMA SR1.2	Centro diurno per persone affette da disturbi del comportamento alimentare	Per pazienti con gravi disturbi del comportamento alimentare che necessitano di monitoraggio quotidiano delle condizioni cliniche generali, di pasto assistito e di supervisione dopo ogni pasto. I pazienti si trovano nell'impossibilità di prendersi cura di sé, presentano un'elevata conflittualità o problematiche familiari che non consentono il trattamento domiciliare, oppure con quadro clinico stabile, che tuttavia necessiti di un percorso riabilitativo. SRP.1 - CDA
SMA SR1.3	Strutture con personale sulle 12 ore giornaliere	Con personale sulle 12 ore giornaliere. Ospitano pazienti clinicamente stabilizzati che presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella della terapeutica specifica della patologia; possono essere presenti livelli anche differenti di disabilità nella conduzione della vita quotidiana, nella cura di sé/ambiente, nella competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali; ma compatibili con un'assistenza garantita nelle 12 ore diurne. SPR 3.2.
SMA SR1.4	Strutture con personale a fasce orarie	Con personale a fasce orarie. Accolgono pazienti clinicamente stabilizzati che provengono prevalentemente, ma non esclusivamente, da un'apregressa esperienza in

		strutture socio riabilitative con personale sulle 24 o 12 ore., conclusasi positivamente. Presentano bisogni riabilitativi prevalentemente orientati alla supervisione nella pianificazione e nella verifica delle attività della vita quotidiana con possibilità di godere, in modo mirato, di periodi di affiancamento personalizzato a supporto delle competenze autonome acquisite, che richiedono un'assistenza garantita solo in alcune fasce diurne. La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità riabilitativa, con prevalenza di attività di supervisione ed di risocializzazione. SPR 3.3.
		Assistenza Residenziale
SMA R1	Trattamenti terapeutico riabilitativi di carattere intensivo	Per persone con disturbi psicopatologico grave e gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono inefficaci interventi ad alta intensità terapeutico riabilitativa. L'attuazione di programmi ad alta intensità di cura con attività di clinica intesa sia in termini psichiatrici che psicologici e la prevalenza delle attività strutturate di riabilitazione rispetto a quelle di risocializzazione. Durata massima del programma non superiore a 18 mesi, prorogabile per altri 6 mesi, con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento. Possono essere programmate modalità di reinserimento rivolte a situazioni di acuzie, post-acuzie e sub-acuzie della durata massima di 3 mesi. SPR.1
SMA R2.1	Strutture per trattamenti terapeutici a carattere estensivo	Per pazienti con compromissioni del funzionamento personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti con tendenza alla cronicizzazione, per i quali si ritengono efficaci trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza da attuare anche in programmi a media intensità riabilitativa e di lunga durata, anche finalizzati a consolidare un funzionamento adeguato alle risorse personali. Durata massima del programma non superiore a 36 mesi, prorogabile per altri 12 mesi con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento. SPR.2
SMA R2.2	Strutture ad alta intensità assistenziale	La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di riabilitazione. SPR.2-A
SMA R2.3	Strutture a bassa intensità assistenziale	La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità riabilitativa, che prevedono attività clinica di minore intensità e una maggiore presenza di attività di risocializzazione rispetto a quelle di riabilitazione. I pazienti di questa tipologia devono possedere competenze adeguate a sostenere le normali abilità prevedibili nella quotidianità notturna. SPR.2-B
SMA R3.1	Strutture per trattamenti socio-riabilitativi	Per pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa con prevalenza di attività di assistenza e di risocializzazione. Durata massima del programma non superiore a 36 mesi, prorogabile con motivazione scritta e concordata con il CSM di riferimento, sulla base del Programma terapeutico riabilitativo individualizzato residenziale in coerenza con il Progetto terapeutico riabilitativo individualizzato globale. SPR.3
SMA R3.3	Strutture con personale sulle 24 ore giornaliere	Con personale sulle 24 ore giornaliere. Ospitano pazienti clinicamente stabilizzati che presentano prevalentemente bisogni nell'area del supporto e della riabilitazione di mantenimento, piuttosto che in quella della terapeutica specifica della patologia; sono portatori di marcate compromissioni di tipo persistente nella cura di sé/ambiente, nella competenza relazionale, gestione economica e abilità sociali; non sono in grado di gestirsi da soli anche solo per alcune ore; dimostrano incompetenza nella gestione di imprevisti o di emergenza. SPR.3.1.

Griglia propedeutica delle attività/servizi/interventi Salute Mentale Infanzia Adolescenza - SMIA

<i>Codice</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Descrizione</i>
Accesso e presa in carico		
SMIA A1	Individuazione precoce e proattiva del disturbo.	
SMIA A2	Accoglienza.	
SMIA A3	Valutazione diagnostica multidisciplinare.	
SMIA A4	Definizione piano personalizzato.	Definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e abilitativo/riabilitativo personalizzato da parte dell'équipe multiprofessionale, in collaborazione con la famiglia.
SMIA A5	Visite neuropsichiatriche.	
SMIA A6	Terapie farmacologiche.	Prescrizione, somministrazione e monitoraggio di terapie farmacologiche e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17.
SMIA A7	Colloqui psicologico-clinici.	
SMIA A8	Psicoterapia.	Attività individuale, di coppia, familiare, di gruppo.
9SMIA A9	Orientamento e training.	Colloqui di orientamento, training e sostegno alla famiglia nella gestione dei sintomi e nell'uso dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17.
9SMIA A10	Abilitazione e riabilitazione.	Abilitazione e riabilitazione estensiva (individuale e di gruppo) in relazione alla compromissione delle funzioni sensoriali, motorie, cognitive, neurologiche e psichiche, finalizzate allo sviluppo, al recupero e al mantenimento dell'autonomia personale, sociale e lavorativa, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle avanzate evidenze scientifiche.
9SMIA A11	Gruppi di sostegno per i familiari.	
9SMIA A12	Consulenza specialistica.	Consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali.
9SMIA A13	Consulenza con medicina generale.	Consulenza e collaborazione con i pediatri di libera scelta e i medici di medicina generale.
9SMIA A14	Consulenza in ambito scolastico.	Collaborazione con le istituzioni scolastiche per l'inserimento e l'integrazione nelle scuole di ogni ordine e grado, in riferimento alle prestazioni previste dalla legge 104/1992 e successive modificazioni e integrazioni.
9SMIA A15	Rapporti con Autorità giudiziaria	Adempimenti nell'ambito dei rapporti con l'Autorità giudiziaria minorile.
9SMIA A16	Collaborazione con Dipendenza Patologiche.	Collaborazione ed integrazione con i servizi per le dipendenze patologiche, con particolare riferimento ai minori con comorbidità.
9SMIA A17	Continuità assistenziale del passaggio all'età adulta.	Progettazione coordinata e condivisa con i servizi per la tutela della salute mentale del percorso di continuità assistenziale dei minori in vista del passaggio all'età adulta.
	Intermedio	
SMIA I1	Supporto alla autonomia.	Interventi psicoeducativi e di supporto alle autonomie e alle attività della vita quotidiana.
SMIA I2	Interventi sulla rete sociale, formale e informale.	
Domiciliare		
SMIA D1	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata	Prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" a persone non autosufficienti, o con ridotte capacità funzionali e abilità, o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita
SMIA D2	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio
Semiresidenziale		
SMIA SR1	Trattamenti semiresidenziali.	Interventi terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi, multiprofessionali, complessi e coordinati, rivolti a minori per i quali non vi è l'indicazione ad una prolungata discontinuità con il contesto di vita.
Residenziale		
SMIA R1.1	Strutture ad alta intensità terapeutico riabilitativa	Per pazienti con disturbo psicopatologico complesso e una parziale instabilità clinica. Compromissioni di funzioni e di abilità a livello grave. Le condizioni psicopatologiche portano a frequenti ricoveri e/o necessitano di ulteriore stabilizzazione, anche dopo un periodo di ricovero. La presenza di problemi relazionali gravi in ambito familiare e sociale possono concorrere a

		determinare e mantenere o aggravare il disturbo. La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi ad alta intensità di cura, che prevedono attività clinica intensa sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi, che possono essere appropriati anche per situazioni di acuzie, post-acuzie e sub-acuzie. Durata massima del programma non superiore ai 3 mesi, eventualmente prorogabile con motivazione scritta e concordata con l'équipe dell' USMIA. Possono essere programmate modalità di inserimento rivolte a situazioni di post-acuzie. A 1
SMIA R1.2	Strutture per minori affetti da disturbo del comportamento alimentare	Strutture nelle quali vengono accolti pazienti, prevalentemente in situazioni di post-acuzie, con gravi disturbi del comportamento alimentare che necessitano di monitoraggio quotidiano delle condizioni cliniche generali, di pasto assistito e di supervisione dopo ogni pasto. A.1
SMIA R2	Strutture a media intensità terapeutico riabilitativa	Pazienti in situazioni di multiproblematicità e complessità clinica ma con un quadro clinico che non presenta elementi di inabilità rilevanti. La compromissione di funzioni e abilità si presenta di livello grave o moderato in particolare nelle attività di base relative alla sfera del sé e alle attività sociali complesse. Possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare o sociale. La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a media intensità di cura, che prevedono attività clinica sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi. Un ruolo rilevante assume il recupero del funzionamento scolastico e formativo e l'investimento in direzione di un futuro inserimento lavorativo. Durata massima del programma non superiore a 6 mesi, eventualmente prorogabile con motivazione scritta e concordata con l'équipe dell'USMIA. A 2
SMIA R3	Strutture a bassa intensità terapeutico riabilitativa	Per pazienti che non presentano elementi di particolare complessità, con quadri clinici sufficientemente stabili e con moderata compromissione di funzioni e abilità. Possibile contemporanea presenza di problemi relazionali di gravità media o elevata in ambito familiare e sociale. La tipologia di offerta è caratterizzata dall'attuazione di programmi a bassa intensità di cura, che prevedono attività clinica sia in termini psichiatrici che psicologici e riabilitativi. Sono prevalenti le attività educative e di risocializzazione rispetto a quelle riabilitative e cliniche. Un ruolo rilevante assume il consolidamento di un funzionamento adeguato alle risorse personali, il recupero di un percorso scolastico e formativo e l'investimento in direzione di un futuro inserimento lavorativo. Durata massima del programma non superiore a 12 mesi, eventualmente prorogabile con motivazione scritta e concordata con l'équipe dell'USMIA. A 3

Nomenclatore degli Interventi e Servizi Sociali della Regione Toscana per le aree di intervento famiglia e minori, disabili, dipendenze, anziani, immigrati e nomadi, povertà disagio adulti e senza dimora, multiutenza

Codice	Denominazione	Descrizione
A Segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi		
A1	Segretariato sociale/porta unitaria per l'accesso ai servizi	Servizio di informazione rivolto a tutti i cittadini, fornisce notizie sulle risorse locali e sulle prassi per accedervi, in modo da offrire un aiuto per la corretta utilizzazione dei servizi sociali
A2	Sportelli sociali tematici	Attività di consulenza e orientamento per specifici target e aree di interventi sociali compresa tutela legale
A2	Telefonia sociale	Servizio di aiuto telefonico rivolto ai cittadini per orientare, informare e favorire la comunicazione con il sistema dei servizi territoriali
A4	Centri di ascolto tematici	Servizio a bassa soglia per attività di primo ascolto, informazione e orientamento (es. senza fissa dimora, persone che si prostituiscono, stranieri con problemi di integrazione, problematiche di disagio sociale)
B Prevenzione e sensibilizzazione		
B1	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc.	Interventi di informazione e di sensibilizzazione rivolti a tutti i cittadini, per favorire la conoscenza dei potenziali rischi sociali
B2	Attività di prevenzione	Interventi di prevenzione di possibili forme di disagio dei cittadini, con lo scopo di assicurare un miglior livello di vita sul piano fisico ed emozionale
B3	Unità di strada	Servizi continuativi finalizzati alla prevenzione del rischio erogati in situazioni che si svolgono in strada
C Pronto intervento sociale		
C1	Pronto intervento sociale	Interventi attivati per offrire sostegno a specifici target in situazioni di emergenza sociale, anche attraverso una unità mobile
D Attività di servizio sociale di supporto alla persona, alla famiglia e alla rete sociale		
D1	Servizio sociale professionale	Interventi di valutazione, ricerca, counseling, presa in carico e progettazione in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità, per la prevenzione, il sostegno ed il recupero di situazioni di bisogno, per la promozione di nuove risorse sociali e per la diffusione di informazione sui servizi e sui diritti degli utenti.
D2	Interventi di supporto per il reperimento di alloggi	Interventi finalizzati a garantire a persone singole o a nuclei familiari in stato di bisogno l'accesso ad una abitazione. In questa categoria rientrano le attività del settore sociale per l'assegnazione di case di edilizia residenziale pubblica e i servizi di intermediazione per il reperimento alloggi
D3	Servizio per l'affidamento dei minori	Attività di supporto per favorire l'accoglienza di un minore in un nucleo familiare qualora la famiglia di origine sia momentaneamente impossibilitata a provvedervi in modo adeguato, anche in esecuzione di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria
D4	Servizio per l'adozione nazionale e internazionale di minori	Attività volta a proteggere e tutelare la crescita del minore in stato di abbandono attraverso l'accoglienza definitiva in un nucleo familiare
D5	Servizio di mediazione familiare	Servizio di sostegno alla coppia in fase di separazione o già separata, anche con figli minori
D6	Interventi di sostegno alla genitorialità	Interventi di sostegno alle funzioni genitoriali (anche attraverso colloqui, incontri, titoli sociali..)
D7	Servizio di accoglienza di adulti e anziani	Attività di intermediazione e supporto per favorire l'accoglienza, alternativa al ricovero in strutture residenziali, per individui che non possono essere adeguatamente assistiti nell'ambito della propria famiglia
E Integrazione sociale		
E1	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	Interventi finalizzati alla piena integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio di emarginazione. Sono incluse per esempio le borse lavoro pensionati e le attività per l'attivazione del servizio di "nonno vigile" se considerato nell'ambito sociale, i corsi di lingua italiana per gli immigrati, ecc.
E2	Attività ricreative di socializzazione	Interventi di utilizzo del tempo libero organizzati per rispondere a bisogni di socializzazione e comunicazione delle persone in stato di disagio e per promuovere occasioni di incontro e conoscenza tra italiani e stranieri. Vi è compresa l'organizzazione di soggiorni climatici o termali rivolte in particolare ai soggetti fragili.
E3	Servizi di mediazione culturale	Interventi atti a garantire l'accesso paritario in ambito scolastico, sociale e lavorativo delle persone straniere e nomadi
E4	Servizio di mediazione sociale	Interventi atti a favorire la gestione di conflitti sociali tra cittadini, a favorire la tolleranza, l'integrazione e il vivere civile
F Interventi e servizi educativo-assistenziali e per il supporto all'inserimento lavorativo		
F1	Sostegno socio-educativo scolastico	Interventi mirati a favorire il processo di integrazione nelle strutture educative e scolastiche dei minori con problemi sociali (in particolare dei ragazzi disabili e dei minori stranieri)
F2	Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare	Interventi di sostegno destinati ai soggetti a rischio di emarginazione e alle relative famiglie, erogati a domicilio, in strutture o in luoghi di aggregazione spontanea, per il raggiungimento della massima autonomia personale e sociale
F3	Supporto all'inserimento lavorativo	Interventi mirati a incentivare l'inserimento e il reinserimento lavorativo di soggetti disabili o a rischio di emarginazione
G Interventi volti a favorire la domiciliarità		
G1	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Servizio rivolto a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale e/o educativa a domicilio
G2	A.D.I.- Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	Prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" a persone non autosufficienti o di recente dimissione ospedaliera, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambiente di vita
G3	Servizi di	Forme di solidarietà (anche associative) fra persone fragili (anziani soli, coppie di anziani, disabili adulti,

	prossimità/buonvicinato/gruppi di auto-aiuto	migranti), appartenenti allo stesso contesto (condominio, strada, quartiere), finalizzate al reciproco sostegno da parte delle persone medesime nella risposta ai disagi e problemi quotidiani
G4	Telesoccorso e teleassistenza	Interventi tempestivi 24 ore su 24 rivolti a utenti in situazione di emergenza o di improvvisa difficoltà
G5	Assegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale	Si considerano i benefici economici a favore delle persone non autosufficienti o disabili secondo l'area di appartenenza degli utenti. Tra gli altri sono individuabili: VOUCHER = provvidenza economica a favore di anziani non autosufficienti e disabili, versata solo nel caso in cui le prestazioni siano erogate da "care giver" professionali. ASSEGNO DI CURA = incentivazione economica finalizzata a garantire a soggetti anziani non autosufficienti e a disabili gravi o gravissimi, la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza, evitando il ricovero in strutture residenziali. BUONO SOCIO-SANITARIO = sostegno economico a favore di persone in difficoltà erogato nel caso in cui l'assistenza sia prestata da un "care giver" familiare. ASSEGNAZIONI PER PROGETTI finalizzati alla vita indipendente o alla promozione dell'autonomia personale
G6	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	Interventi rivolti a persone parzialmente non autosufficienti o a rischio di emarginazione
H Servizi di supporto		
H1	Mensa sociale	Erogazione di pasti caldi a soggetti con un reddito inferiore al minimo vitale e che si trovano in condizioni disagiate
H2	Trasporto sociale	Mezzi di trasporto (pubblici o privati) volti a garantire lo spostamento di persone a ridotta mobilità
H3	Distribuzione beni di prima necessità (pasti, medicinali, vestiario ecc.)	Sono interventi organizzati abitualmente in luoghi prefissati (es, stazione, ecc) dove avviene la distribuzione, da non confondersi con gli interventi per l'emergenza. (Possono essere effettuati anche con una unita' mobile)
H4	Servizi per l'igiene personale	Disponibilità di docce o locali per provvedere a l'igiene personale di soggetti senza fissa dimora o che si trovano in condizioni particolarmente disagiate.
I Trasferimenti in denaro		
IA Trasferimenti per il pagamento di rette		
IA1	Retta per asili nido	Interventi per garantire all'utente in difficoltà economica la copertura della retta per asili nido. Sono compresi i contributi erogati per la gestione degli asili nido al fine di contenere l'importo delle rette
IA2	Retta per servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	Interventi per garantire all'utente in difficoltà economica la copertura della retta per i servizi integrativi. Sono compresi i contributi erogati per la gestione dei servizi al fine di contenere l'importo delle rette
IA3	Retta per accesso a centri diurni	Interventi per garantire all'utente in difficoltà economica la copertura della retta per centri diurni
IA4	Retta per accesso ai servizi semi-residenziali	Interventi per garantire all'utente in difficoltà economica la copertura della retta per l'accoglienza in strutture semi-residenziali. Sono compresi i contributi per il servizio di "Tagesmutter", qualora si tratti di un trasferimento a un privato per il servizio offerto
IA5	Retta per accesso a servizi residenziali	Interventi per garantire all'utente bisognoso la copertura della retta per l'accoglienza in strutture residenziali. Sono compresi i contributi erogati a strutture residenziali al fine di contenere l'importo delle rette e, per l'area Famiglia e minori, l'integrazione delle rette per minori ospitati in centri residenziali
IB Trasferimenti per attivazione di servizi		
IB1	Contributi per servizi alla persona	Sostegno economico rivolto a persone parzialmente non autosufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona
IB2	Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	Sostegno economico alle persone in difficoltà per spese mediche o, più in generale, per prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.
IB3	Contributi economici per servizio trasporto e mobilità	Sostegno economico erogato a persone a ridotta mobilità (disabili, anziani), inclusi i contributi per i cani guida
IB4	Contributi economici per l'inserimento lavorativo	Sostegno economico finalizzato all'attivazione di percorsi di transizione al lavoro o di servizi dell'inserimento lavorativo. In questa categoria rientrano borse lavoro, tutoraggio e altre forme di sostegno.
IB5	Contributi economici per l'affidamento familiare di minori	Contributi in denaro alle famiglie che accolgono temporaneamente minori con problemi familiari
IB6	Contributi economici per l'accoglienza di adulti e anziani	Contributi in denaro alle famiglie che accolgono temporaneamente disabili, adulti in difficoltà e anziani
IB7	Contributi per favorire interventi del Terzo Settore	Trasferimenti in denaro, non destinati alla realizzazione di uno specifico servizio, erogati a enti e/o associazioni del privato sociale
IC Integrazioni al reddito		
IC1	Buoni spesa o buoni pasto	Sostegni economici che consentono di acquistare generi alimentari o consumare pasti negli esercizi in convenzione
IC2	Contributi economici per i servizi scolastici	Sostegno economico per garantire all'utente in difficoltà economica il diritto allo studio nell'infanzia e nell'adolescenza; comprese le agevolazioni su trasporto e mensa scolastica riconosciute alle famiglie bisognose
IC3	Contributi economici erogati a titolo di prestito/prestiti d'onore	Prestiti destinati a fronteggiare situazioni transitorie di lieve difficoltà economica, concessi da istituti di credito convenzionati con gli enti pubblici, a tasso zero per il beneficiario, basati sull'impegno dello stesso alla restituzione
IC4	Contributi economici per alloggio	Sussidi economici ad integrazione del reddito individuale o familiare per sostenere le spese per l'alloggio e per l'affitto e per le utenze
IC5	Contributi economici a integrazione del reddito familiare	Sussidi economici, anche una tantum, ad integrazione del reddito di persone bisognose.
L Centri e Strutture semi-residenziali		

LA Centri		
LA1	Ludoteche / laboratori	Le ludoteche sono centri di attività educative e ricreative rivolte a bambini/ragazzi in età prescolare e di scuola dell'obbligo. I laboratori sono spazi attrezzati per l'integrazione di disabili, anziani, bambini in difficoltà o persone con disagio
LA2	Centri di aggregazione / sociali	Centri di aggregazione per giovani e anziani nei quali promuovere e coordinare attività ludico ricreative, sociali, educative, culturali e sportive, per un corretto utilizzo del tempo libero
LA3	Centri per le Famiglie	Il centro per le famiglie è un servizio a sostegno dello scambio d'esperienze tra famiglie con figli. Esso si configura come un contenitore ed un catalizzatore d'opportunità e di risorse della comunità, per l'assistenza "tra e alle famiglie". Il personale impegnato nel Centro ha solo un ruolo di regia, con il compito di coordinare e coadiuvare le attività, che sono svolte con il protagonismo attivo delle famiglie. Le attività di mediazione familiare e di sostegno alla genitorialità eventualmente organizzate nel Centro sono classificate nelle voci D5 e D6
LB Strutture semiresidenziali		
LB1	Asilo Nido	Servizio rivolto alla prima infanzia (0-3 anni) per promuovere lo sviluppo psico-fisico, cognitivo, affettivo e sociale del bambino e offrire sostegno alle famiglie nel loro compito educativo, aperto per almeno 5 giorni e almeno 6 ore al giorno per un periodo di almeno 10 mesi all'anno. Rientrano sotto questa tipologia gli asili nido pubblici, gli asili nido aziendali e i micro-nidi e le sezioni 24-36 mesi aggregate alle scuole dell'infanzia.
LB2	Servizi integrativi per la prima infanzia	In questa categoria rientrano i servizi previsti dall'art. 5 della legge 285/97 e i servizi educativi realizzati in contesto familiare. In particolare: spazi gioco per bambini dai 18 ai 36 mesi (per max 5 ore); centri per bambini e famiglie; servizi e interventi educativi in contesto domiciliare,
LB3	Centri diurni estivi	Centri organizzati per attività ricreative, sportive, educative che si svolgono nel periodo estivo
LB4	1. Centro diurno socio-educativo per bambini e adolescenti	Assistenza sanitaria: assente.
	2. Centro diurni socio-sanitario	Assistenza sanitaria: medio-alta.
	3. Centri diurni con funzione di protezione sociale	Assistenza sanitaria: bassa.
M Strutture comunitarie residenziali		
M1	Centri estivi o invernali con pernottamento	Strutture comunitarie comprendenti le colonie, i campeggi, i centri ricreativi a carattere stagionale, i soggiorni climatici o termali
M2	Area attrezzata per nomadi	Area di insediamento per nomadi dotata delle necessarie infrastrutture e dei servizi.
M3	A. Struttura residenziale	Carattere: familiare. Funzione: prevalente accoglienza abitativa. Assistenza sanitaria: assente.
	B. Struttura residenziale	Carattere: familiare. Funzione: prevalente funzione tutelare. Assistenza sanitaria: assente.
	C. Struttura residenziale	Carattere: familiare. Funzione: socio-educativa. Assistenza sanitaria: assente.
	D. Struttura residenziale	Carattere: comunitario. Funzione: accoglienza di emergenza. Assistenza sanitaria: assente.
	E. Struttura residenziale	Carattere: comunitario. Funzione: prevalente accoglienza abitativa. Assistenza sanitaria: assente.
	F. Struttura residenziale	Carattere: comunitario. Funzione: prevalente funzione tutelare. Assistenza sanitaria: assente.
	G. Struttura residenziale	Carattere: comunitario. Funzione: socio-educativa. Assistenza sanitaria: assente.
	H. Struttura residenziale	Carattere: comunitario. Funzione: educativa-psicologica. Assistenza sanitaria: bassa.
I. Struttura residenziale	Carattere: comunitario. Funzione: integrazione socio-sanitaria. Assistenza sanitaria: bassa.	
L. Struttura residenziale	Carattere: comunitario. Funzione: integrazione socio-sanitaria. Assistenza sanitaria: medio-alta.	

Griglia propedeutica delle attività/servizi/interventi Contrasto Violenza di Genere della Regione Toscana

<i>Codice</i>	<i>Denominazione</i>	<i>Descrizione</i>
Accesso e presa in carico		
CVG A1	Segretariato sociale/porta unitaria per l'accesso ai servizi	Servizio di informazione rivolto a tutti i cittadini, fornisce notizie sulle risorse locali e sulle prassi per accedervi, in modo da offrire un aiuto per la corretta utilizzazione dei servizi sociali
CVG A2	Accoglienza.	
CVG A3	Valutazione multidisciplinare del rischio.	
CVG A4	Definizione piano personalizzato.	Definizione, attuazione e verifica del programma personalizzato di protezione, tutela e autonomia in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la madre.
CVG A5	Sportelli sociali tematici	Attività di consulenza e orientamento per specifici target e aree di interventi sociali compresa tutela legale. (Sono compresi gli sportelli di ascolto dei cav)Attività di consulenza e orientamento per specifici target e aree di interventi sociali compresa tutela legale. (Sono compresi gli sportelli di ascolto dei cav)
CVG A6	Centri di ascolto tematici	Servizio a bassa soglia per attività di primo ascolto, informazione e orientamento (es. senza fissa dimora, persone che si prostituiscono, stranieri con problemi di integrazione, problematiche di disagio sociale ...)
CVG A7	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc.	Interventi di informazione e di sensibilizzazione rivolti a tutti i cittadini, per favorire la conoscenza dei potenziali rischi sociali.
CVG A8	Servizio sociale professionale	Interventi di valutazione, ricerca, counseling, presa in carico e progettazione in favore di persone singole, di famiglie, di gruppi e di comunità, per la prevenzione, il sostegno ed il recupero di situazioni di bisogno, per la promozione di nuove risorse sociali e per la diffusione di informazione sui servizi e sui diritti degli utenti.
CVG A9	Gruppi di sostegno per utenti.	Promozione di gruppi di sostegno per soggetti coinvolti negli episodi di violenza di genere.
Intermedio		
CVG I1	Centri antiviolenza	I Centri antiviolenza sono strutture che forniscono servizi di supporto immediato specializzati, nel breve e lungo periodo, nell'accoglienza, nella protezione e nel sostegno a titolo gratuito, delle donne di tutte le età vittime di violenza di genere e dei loro figli, indipendentemente dalla loro residenza
CVG I2	Telefonia sociale	Servizio di aiuto telefonico rivolto ai cittadini per orientare, informare e favorire la comunicazione con il sistema dei servizi territoriali
CVG I3	Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc.	Interventi di informazione e di sensibilizzazione rivolti a tutti i cittadini, per favorire la conoscenza dei potenziali rischi sociali.
CVG I4	Interventi di supporto per il reperimento di alloggi	Interventi finalizzati a garantire a persone singole o a nuclei familiari in stato di bisogno l'accesso ad una abitazione. In questa categoria rientrano le attività del settore sociale per l'assegnazione di case di edilizia residenziale pubblica e i servizi di intermediazione per il reperimento alloggi
CVG I5	Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	Interventi finalizzati alla piena integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio di emarginazione. Sono incluse per esempio le borse lavoro pensionati e le attività per l'attivazione del servizio di "nonno vigile" se considerato nell'ambito sociale, i corsi di lingua italiana per gli immigrati, ecc.
CVG I6	Supporto all'autonomia.	Interventi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa.
CVG I7	Supporto all'inserimento lavorativo	Interventi mirati a incentivare l'inserimento e il reinserimento lavorativo di soggetti disabili o a rischio di emarginazione
Residenziale		

CVG R1	Retta per accesso a servizi residenziali	Interventi per garantire all'utente bisognoso la copertura della retta per l'accoglienza in strutture residenziali. Sono compresi i contributi erogati a strutture residenziali al fine di contenere l'importo delle rette e, per l'area Famiglia e minori, l'integrazione delle rette per minori ospitati in centri residenziali. Sono compresi i contributi erogati alle strutture per la copertura delle rette per le donne vittime di violenza che hanno necessità di essere allontanate dalla propria abitazione.
CVG R3	A. Struttura residenziale: Casa rifugio	Carattere: familiare-indirizzo segreto. Funzione: prevalente funzione tutelare. Assistenza sanitaria: assente. Ospitalità temporanea. Le case rifugio sono strutture dedicate ad indirizzo segreto, che forniscono alloggio sicuro a titolo gratuito ed indipendentemente dalla residenza, alle donne che subiscono violenza sole o con figli, per salvaguardarne l'incolumità fisica e psichica. Garantiscono inoltre un progetto personalizzato complessivo teso all'inclusione sociale della vittima.
CVG R4	B. Struttura residenziale: Casa di seconda accoglienza	Carattere: familiare. Funzione: prevalente funzione tutelare. Assistenza sanitaria: assente. Ospitalità: temporanea. Sono strutture strettamente funzionali ai centri antiviolenza e alle Case rifugio. Accolgono donne vittime di violenza che passato il pericolo, anche immediato, necessitano comunque di un periodo limitato di tempo per rientrare nella precedente abitazione o per raggiungere l'autonomia abitativa.

i (PRRS) è l'architrate delle politiche regionali, in linea con quanto delineato nel Programma di governo e nel DEFR (Documento di economia e finanza regionale). Il PRS è quindi uno strumento orientativo che esprime una visione per il futuro della regione e propone un dialogo costruttivo con gli attori del territorio. Con il PRS i contenuti di ciascun progetto integrato sono sviluppati in un'ottica pluriennale ed avranno obiettivi generali propri da attuare annualmente attraverso lo strumento del DEFR e le relative Note di aggiornamento infra-annuali. Dopo un anno dall'approvazione del nuovo PRS scade il Piano Socio Sanitario Integrato Regionale della legislazione precedente

ii (PSSIR) è lo strumento di programmazione intersettoriale con il quale la Regione, nell'ambito del programma regionale di sviluppo, definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale regionale e i criteri per l'organizzazione del servizio sanitario regionale e dei servizi sanitari e sociali integrati

iii (PAV) è lo strumento attraverso il quale si armonizzano e si integrano, su obiettivi unitari di salute ed in coerenza con la programmazione regionale, i livelli di programmazione dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera universitaria. Il PAV ha durata analoga al PSSIR ed è aggiornato annualmente

iv (PAO) è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale e del piano di area vasta, nonché degli indirizzi e valutazioni dell'organo di indirizzo, le aziende ospedaliero-universitarie programmano le attività di propria competenza. Il piano attuativo ospedaliero ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti e si realizza attraverso programmi annuali di attività adottati dal direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria.

v (PAL) è lo strumento di programmazione con il quale, nei limiti delle risorse disponibili, nell'ambito delle disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e degli indirizzi impartiti dalla conferenza aziendale dei sindaci, le aziende unità sanitarie locali programmano le attività da svolgere recependo i PIS, relativamente alle attività sanitarie territoriali e socio-sanitarie. Il piano attuativo locale ha durata quinquennale e può prevedere aggiornamenti.

vi (PIS) in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e del piano attuativo locale, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale. Il PIS ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale. La parte operativa zonale è aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse di cui all'articolo 29, comma 5, della l.r. 41/2005. Il PIS è approvato dalla conferenza zonale integrata o dalle società della salute ove esistenti, si coordina e si integra con il piano di inclusione zonale (PIZ), ed è presentato nei consigli comunali entro trenta giorni dalla sua approvazione. In caso di accordo con la conferenza zonale dei sindaci il ciclo di programmazione del PIS può assorbire l'elaborazione del PIZ

vii (PIZ) determina, con riferimento alla funzione fondamentale in ambito sociale dei comuni e in conformità con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, le attività da perseguire tramite le reti di servizi e di welfare territoriale e gli obiettivi di servizio, ai fini di migliorare e consolidare le politiche sociali tendenti a garantire: a) livelli di qualità che superino la frammentazione, riducano le inapproprietezze e promuovano forme assistenziali per favorire le responsabilità delle persone e dei nuclei familiari; b) opportunità di risorse occupazionali; c) la riaffermazione di un compiuto sistema sussidiario tra enti e di questi con i cittadini per utilizzare le risorse del welfare. Il PIZ ha durata analoga al ciclo di programmazione sociale e sanitaria integrata regionale. La parte attuativa del PIZ viene aggiornata annualmente ed è condizione per l'attivazione delle risorse ricomprese nel fondo sociale regionale.

viii (Lea) Livelli essenziali di assistenza, sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale deve garantire a tutti i cittadini, con le risorse pubbliche, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket)