AMBITO TERRITORIALE TROIA

Accadia, Anzano di Puglia, Ascoli Satriano, Bovino, Candela, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celle di San Vito, Deliceto, Faeto, Monteleone di Puglia, Orsara di Puglia, Panni, Rocchetta Sant'Antonio, Sant'Agata di Puglia, Troia

DELIBERAZIONE DEL COORDINAMENTO ISTITUZIONALE N. 13 del 05.12.2013

Oggetto: **Approvazione Schema Accordo di Programma con ASL FG per la programmazione e la realizzazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate (CDI);**

L'anno **2013**, il giorno **CINQUE** del mese di **DICEMBRE** alle ore **17,00** in Troia, nella Sala Consiliare, ha avuto inizio il Coordinamento Istituzionale dell'Ambito Territoriale di Troia, convocato con nota prot. n. **21051** del **29/11/2013;**

Risultano assenti o presenti i Sindaci e/o Assessori alle Politiche Sociali dei Comuni dell'Ambito, come appresso indicati:

Comune	Sindaco/Assessore	P.	A.
Accadia	Pasquale Murgante	X	
Anzano di Puglia	Antonio Marotta	X	
Ascoli Satriano	Potito Marano	X	
Bovino	Celestina Claudia D'Alessandro	X	
Candela	==========		X
Castelluccio dei Sauri	==========		X
Castelluccio Valmaggiore	Delega al Vice Sindaco di Faeto	X	
Celle di San Vito	==========		X
Deliceto	Mariano Laudisi	X	
Faeto	Giovanni D'Onofrio	X	
Monteleone di Puglia	==========		X
Orsara di Puglia	Dino Terlizzi	X	
Panni	Amedeo De Cotiis	X	
Rocchetta Sant'Antonio	Donato Imperiale	X	
Sant'Agata di Puglia	Vito Nicola Cristiano	X	
Troia (Capofila)	Edoardo Beccia	X	
	Presenti/Assenti	**12**	**4**

Partecipano la dott.ssa Antonietta De Carlo, Responsabile dell' Ufficio di Piano, e il dott. Raffaele Salamino, Responsabile della funzione tecnico-amministrativa dell'Ufficio di Piano, che provvedono alla redazione e sottoscrizione del presente atto, come previsto all'art. 10 del Disciplinare di funzionamento del Coordinamento Istituzionale.

Presiede Edoardo Beccia, Sindaco del Comune di Troia, Comune Capofila.

Il Presidente, constatata la legalità dell'adunanza, sottopone al Coordinamento Istituzionale la trattazione dell'argomento sopra indicato.

IL COORDINAMENTO ISTITUZIONALE

VISTI:

- Il D. Lgs. 502/1992 e D. Lgs. N. 229/1999 "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*";
- Il DPR 26 settembre 1990 n. 314 che determina le modalità di erogazione dell'ADI socio-sanitaria;
- La Legge quadro n. 328/2000 "*Legge di riforma del welfare locale*"
- Il DPCM 14 febbraio 2001 "*Atto di indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*";
- Il DPCM 29 novembre 2001 "*Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria*";
- La l.r. n. 19/2006 e s.m.i. "*Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia*";
- La l.r. n. 25 del 3 agosto 2006 "*Principi e organizzazione del Servizio Sanitario Regionale*";
- La l.r. n. 26/2006;
- Il Regolamento Regionale n. 4/2007 e s.m.i. di attuazione della l.r. n. 19/2006;
- Il Protocollo di intesa Regione – ANCI - OO.SS. per il tavolo sulle non autosufficienze, siglato in data 04.08.2009;
- La l.r. n. 23/2008 recante l'approvazione del Piano Regionale di Salute 2008-2010;
- La Del. G.R. n. 1984 del 28 ottobre 2008 recanti Linee guida regionali per le politiche per le non autosufficienze;
- La Del. G.R. n. 1875 del 13 ottobre 2009 di approvazione del "*Piano regionale delle Politiche Sociali 2009-2011;*
- La l.r. n. 2/2010 "*Istituzione del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze*";
- La l.r. n. 4/2010 "*Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali*"
- Il Regolamento regionale n. 6 del 18 aprile 2011 "R*egolamento di organizzazione del D.S.S.*"
- La Del. G.R. 691/2011 recante "*Linee guida regionali per la non Autosufficienza*" e L.R. n. 2/2010 – art. 4 comma 6. *Approvazione Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari*
- La Del. G.R. n. 2814 del 12 dicembre 2011 "*Approvazione Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (S.Va.M.A.) e delle persone disabili (S.Va.M.Di) e Modello di Piano di Assistenza Individuale*";
- Il Piano di Azione per gli Obiettivi di Servizio – Obiettivo ADI (FAS 2007-2013);
- Le Delibere Cipe n.96/2012 e n.113/2012;
- Le linee guida per la presentazione dei Piani di Intervento per il PAC Servizi di Cura anziani e Infanzia, pubblicate dal Ministero dell'Interno in data 14 giugno 2013;
- La Del. G.R. n. 1534 del 2 agosto 2013 di approvazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali 2013-2015.

DATO ATTO che il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2013-2015, approvato con la su richiamata delibera di Giunta Regionale n. 1534 del 2 agosto 2013, stabilisce che, fra gli obiettivi tematici riferiti all'integrazione sociosoanitaria c'è quello di incrementare la capacità di presa in

carico territoriale, alternativa alla istituzionalizzazione, a cominciare dalla capacità di incrementare il volume di prestazioni domiciliari ADI da erogare alla popolazione target, con specifico riferimento alla popolazione anziana (65 anni e oltre);

DATO ATTO altresì che per il perseguimento di tali obiettivi si rende necessario predisporre appositi piani di intervento coerenti con le linee guida per il PAC Servizi di cura anziani e infanzia di cui sopra;

CONSIDERATO che a tal fine occorre adottare un apposito Accordo di Programma tra il Comune Capofila dell'Ambito Territoriale e il Distretto Sanitario dell'ASL Foggia al fine di fissare obblighi e impegni reciproci in materia di:

- risorse apportate dai Comuni (autonome e derivati dal riparto PAC-FSC) e dalle ASL per la costituzione delle equipe e l'erogazione delle prestazioni SAD e ADI per persone non autosufficienti;
- modalità di coordinamento professionale di tutte le risorse umane impiegate;
- tecnologie e mezzi di trasporto dedicati agli ultra65enni e alle equipe, da acquisire;
- modalità di presa in carico attraverso l'UVM di tutti i pazienti in ADI e dei pazienti che ricevendo a domicilio altre prestazioni sanitarie (domiciliare sanitaria, oncologica, riabilitativa) richiedono a domicilio anche l'apporto di prestazioni sociassistenziali (SAD).

RILEVATO che la sottoscrizione dell'accordo di programma con la ASL costituisce requisito di ammissibilità per l'accesso alle risorse del Piano di Azione e Coesione – Servizi di Cura – Area Anziani;

ESAMINATO lo schema di accordo di programma tra Ambito Territoriale e ASL per la programmazione e la realizzazione del servizio di cure domiciliari integrate, predisposto dalla Regione Puglia – Assessorato al Welfare, allegato alla presente deliberazione;

Uditi gli interventi dei presenti;

Con la seguente votazione: presenti: **12**; favorevoli **12;** astenuti **0;** contrari **0,** espressa nei modi di legge;

DELIBERA

Di approvare lo schema di Accordo di Programma con ASL FG per la programmazione e la realizzazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate (CDI);

Di delegare il Presidente del Coordinamento Istituzionale, Sindaco del Comune Capofila, a sottoscrivere l'Accordo di Programma con l'ASL FG per la programmazione e la realizzazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate (CDI);

Di demandare all'Ufficio di Piano, per gli ambiti di propria competenza, l'adozione di tutti gli atti connessi agli adempimenti di cui sopra;

Di trasmettere il presente atto al Comune Capofila per la presa d'atto mediante adozione di provvedimento amministrativo da parte dell'Organo competente ai sensi del D. Lgs. 267/00 al fine di attribuire la giusta valenza giuridica allo stesso, anche ai fini dell'acquisizione dei prescritti pareri obbligatori, per la regolarità tecnica e contabile, nonché per l'attestazione della copertura finanziaria;

Di demandare all'Ufficio di Piano la trasmissione del presente atto, nonché di tutti gli atti conseguenti ai Comuni facenti parte dell'Ambito Territoriale, curandone la pubblicazione sul sito internet www.pianosocialetroia.it;

Di attribuire al presente atto l'immediata eseguibilità.

Il Presidente del Coordinamento Istituzionale
Dr. Edoardo Beccia

ACCORDO DI PROGRAMMA

per la programmazione e realizzazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate (CDI)

AMBITO TERRITORIALE di _____

AZIENDA SANITARIA LOCALE di_____

ACCORDO EX ART. 34 D. Lgs. 18 agosto 2000, n.267

ACCORDO EX ART. 10 L.R.10 luglio 2006, n. 19

L'anno **2013** addì _____del mese di _____ alle ore _____, secondo le modalità e i termini stabiliti dalle vigenti disposizioni, nella sala delle adunanze del **Comune di _____,** sono presenti i seguenti **Soggetti sottoscrittori**:

- l'Amministrazione Comunale di _____, rappresentata dal _____**;**

- l'Amministrazione Comunale di _____, rappresentata dal _____;

- l'Amministrazione Comunale di _____, rappresentata dal _____**;**

- l'Amministrazione Comunale di _____, rappresentata dal _____**;**

ovvero

- l'Amministrazione Comunale di _____, *rappresentata dal _____, in qualità di Presidente del Coordinamento Istituzionale dell'Ambito territoriale associato con delega al comune capofila;*

ovvero

- ***Il Consorzio*** *di ____ rappresentata da _____, costituito ai sensi degli artt. 31 e 114 Tuel*

E

- l'ASL _____ rappresentata dal Direttore Generale dr. _____ .

VISTI

- D. Lgs. 502/1992 e D. Lgs. N. 229/1999 "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*";
- DPR 26 settembre 1990 n. 314 che determina le modalità di erogazione dell'ADI socio-sanitaria;
- Legge quadro n. 328/2000 "*Legge di riforma del welfare locale*"
- DPCM 14 febbraio 2001 "*Atto di indirizzo e di coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*";
- DPCM 29 novembre 2001 "*Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria*";

- La l.r. n. 19/2006 e s.m.i. "*Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia*";
- La l.r. n. 25 del 3 agosto 2006 "*Principi e organizzazione del Servizio Sanitario Regionale*";
- La l.r. n. 26/2006;
- Il Regolamento Regionale n. 4/2007 e s.m.i. di attuazione della l.r. n. 19/2006;
- Il Protocollo di intesa Regione – ANCI - OO.SS. per il tavolo sulle non autosufficienze,
- siglato in data 04.08.2009;
- La l.r. n. 23/2008 recante l'approvazione del Piano Regionale di Salute 2008-2010;
- La Del. G.R. n. 1984 del 28 ottobre 2008 recanti Linee guida regionali per le politiche per
- le non autosufficienze;
- La Del. G.R. n. 1875 del 13 ottobre 2009 di approvazione del "*Piano regionale delle Politiche Sociali 2009-2011;*
- La l.r. n. 2/2010 "*Istituzione del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze*";
- La l.r. n. 4/2010 "*Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali*"
- Regolamento regionale n. 6 del 18 aprile 2011 "R*egolamento di organizzazione del D.S.S.*"
- La Del. G.R. 691/2011 recante "*Linee guida regionali per la non Autosufficienza*" e L.R. n. 2/2010 – art. 4 comma 6. *Approvazione Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari*
- La Del. G.R. n. 2814 del 12 dicembre 2011 "*Approvazione Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (S.Va.M.A.) e delle persone disabili (S.Va.M.Di) e Modello di Piano di Assistenza Individuale*";
- Il Piano di Azione per gli Obiettivi di Servizio – Obiettivo ADI (FAS 2007-2013);
- Le Delibere Cipe n.96/2012 e n.113/2012;
- Le linee guida per la presentazione dei Piani di Intervento per il PAC Servizi di Cura anziani e Infanzia, pubblicate dal Ministero dell'Interno in data 14 giugno 2013;
- La Del. G.R. n. 1534 del 2 agosto 2013 di approvazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali 2013-2015.

PREMESSO

- che in data ____ è stata sottoscritta la convenzione per la gestione associata intercomunale delle funzioni socio assistenziali, nel rispetto della l.r. n. 19/2006 e s.m.i;
- che in data____ (riferimento al II e precedente ciclo di programmazione) è stato sottoscritto il protocollo di intesa tra Comuni dell'Ambito territoriale Sociale e Azienda Sanitaria Locale di _____ per la attuazione dei servizi ad elevata integrazione territoriale e a carattere domiciliare e comunitario.

CONSIDERATO

- che il presente accordo deve riguardare la gestione delle cure domiciliari e dei percorsi di accesso integrato, a livello di singolo Ambito/Distretto socio-sanitario, pur in coerenza e con tratti di omogeneità rispetto agli altri distretti della ASL_____;

- che la sottoscrizione del presente accordo di programma costituisce requisito di ammissibilità per l'accesso alle risorse del Piano di Azione e Coesione – Servizi di Cura – Area Anziani;

- che l'Ambito territoriale nel triennio 2010-2012 ha erogato i servizi domiciliari socio-assistenziali integrati all'assistenza sociosanitaria fornita dall'ASL, nonché i servizi domiciliari ad elevata integrazione sociosanitaria con il concorso diretto della ASL, in attuazione del protocollo di intesa sottoscritto in data_____;

- che l'Ambito territoriale/Distretto Sociosanitario nel triennio 2010-2012 ha conseguito i seguenti risultati in termini di popolazione raggiunta e di volume di prestazioni erogate con specifico riferimento agli utenti anziani ultra65enni non autosufficienti per tipologie di servizi:

Servizi attivati e volumi di prestazioni	2010	2011	2012
Num. Utenti serviti con SAD			
Totale ore erogate SAD			
Num. Ore/uomo lavorate per operatori SAD (specificare qualifiche professionali)			
Spesa totale dei Comuni per prestazioni domiciliari rivolte a persone non autosufficienti			
Di cui compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni			
Num. Utenti serviti con ADI[1] previa presa in carico da UVM			
Totale ore erogate ADI			
Num. Ore/uomo lavorate per operatori ADI (specificare profili professionali impiegati)			
Spesa totale per prestazioni domiciliari ADI rivolte a persone non autosufficienti			
Di cui spesa ASL			
Di cui spesa Comuni			

[1] Ai fini della rilevazione delle attività svolte e della spesa sostenuta nel triennio 2010-2012, si prega di considerare esclusivamente gli utenti presi in carico in Assistenza Domiciliare Integrata, inclusa l'Assistenza Domiciliare Oncologica, nel rispetto delle indicazioni di compilazione del Modello FLS21 (considerare i numero di PAI attivati, escludendo le proroghe degli stessi PAI).

Servizi attivati e volumi di prestazioni	2010	2011	2012
Num. Utenti serviti con ADS-ADR[2] e altra assistenza domiciliare sanitaria			
Totale ore erogate "Altra Assistenza domiciliare sanitaria"			
Spesa totale ASL per "Altra Assistenza domiciliare sanitaria"			
Num. Casi valutati dall'UVM			
Num. PAI attivati			

TUTTO CIO' VISTO, PREMESSO E CONSIDERATO,

I SOGGETTI SOTTOSCRITTORI:

APPROVANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA

per la programmazione e attuazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate (in seguito CDI) da parte dell'ASL e dell'Ambito Territoriale di_____

PREMESSA

In base alle previsioni del Piano regionale di Salute 2008-2010, del Piano regionale delle Politiche Sociali 2009-2012 e 2013-2015, del Patto di Salute 2010-2012, nonché dei documenti CIPE per l'erogazione delle risorse premiali per l'Obiettivo di Servizio – S.06 ADI Anziani e del Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura 2013-2015 (in seguito PAC), l'assistenza domiciliare in tutte le sue articolazioni si pone al vertice degli interventi sociosanitari del territorio regionale, assieme allo sviluppo dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, al fine di completare la filiera delle prestazioni che in modo complementare tra loro concorrono ad assicurare la presa in carico appropriata ed efficiente del paziente cronico e gravemente non autosufficiente in alternativa alle strutture sanitarie ospedaliere e/o riabilitative ovvero a seguito di dimissione protetta.

Il Piano di Azione e Coesione Servizi di Cura per gli anziani, tra il 2013-2015, prevede più specificamente come obiettivi:

- la attivazione in tutti gli Ambiti territoriali sociali (Comuni associati coincidenti con il Distretto sociosanitario) di equipe dedicate per l'erogazione delle prestazioni ADI, quindi equipe multiprofessionali e integrate sul piano istituzionale con l'apporto dei Comuni (per le prestazioni sociali, ausiliarie e sociosanitarie) e delle ASL (per le prestazioni medico-infermieristiche, riabilitative e altre prestazioni sanitarie specialistiche);
- il potenziamento delle UVM per accrescere la capacità di presa in carico corretta da parte dei Distretti;
- l'investimento in nuove tecnologie per supportare e qualificare l'ADI anche con la teleassistenza e la telemedicina.

Il Piano di Intervento Anziani del PAC vede quale suo principale strumento attuativo uno specifico Accordo di Programma tra Comune capofila di ciascun Ambito territoriale e Distretto Sanitario

[2] Ai fini della rilevazione delle attività svolte e della spesa sostenuta nel triennio 2010-2012, si prega di considerare esclusivamente gli utenti presi in carico in assistenza domiciliare riabilitativa e in altra assistenza domiciliare sanitaria, ad esclusione degli accessi programmati del MMG (ADP).

corrispondente (ovvero il Direttore del Distretto con delega del Direttore Generale della ASL) al fine di fissare obblighi e impegni reciproci in materia di:

- risorse apportate dai Comuni (autonome e derivati dal riparto PAC-FSC) e dalle ASL per la costituzione delle equipe e l'erogazione delle prestazioni SAD e ADI per persone non autosufficienti;
- modalità di coordinamento professionale di tutte le risorse umane impiegate;
- tecnologie e mezzi di trasporto dedicati agli ultra65enni e alle equipe, da acquisire;
- modalità di presa in carico attraverso l'UVM di tutti i pazienti in ADI e dei pazienti che ricevendo a domicilio altre prestazioni sanitarie (domiciliare sanitaria, oncologica, riabilitativa) richiedono a domicilio anche l'apporto di prestazioni sociassistenziali (SAD).

Nello specifico per **cure domiciliari integrate** (CDI) si intende un *servizio che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana*. Ai soli fini dell'utilizzo delle risorse PAC – Servizi di Cura, si precisa che il target di beneficiari è circoscritto agli anziani ultra 65enni non autosufficienti.

Il servizio, di competenza sia del SSN che dell'Ente Locale, fondato sul modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni (intendendo per domicilio l'abituale ambiente di vita della persona, sia esso la propria abitazione o una unità abitativa all'interno di struttura comunitaria a carattere socioassistenziale della tipologia "gruppo appartamento"), si connota per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

Caratteristica essenziale è l'unitarietà d'intervento, che deve essere basato sul concorso progettuale di contributi professionali, sanitari e di protezione sociale, organicamente inseriti nel progetto assistenziale personalizzato.

Obiettivo specifico è la continuità delle cure basandosi sulla condivisione dei propositi, delle responsabilità e sulla complementarietà delle risorse necessarie per il raggiungimento dei risultati di salute.

Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale è valutato attraverso idonei strumenti che consentono la definizione del programma assistenziale ed il conseguente impegno di risorse (S.Va.Ma e S.Va.M.DI per la valutazione, P.A.I. per la presa in carico).

Il presente Accordo di Programma , pertanto, disciplina le responsabilità e gli impegni reciproci e nei confronti dell'utenza residente in tutti Comuni ricadenti nell'Ambito territoriale di _____/Distretto sociosanitario n._____ della ASL _____ , a valere sulle risorse finanziarie di rispettiva competenza, e specificamente a valere su Fondo Nazionale e Regionale per le Non Autosufficienze, Fondi del Piano di Azione e Coesione – Servizi di cura, altre risorse comunali, Fondo Sanitario Regionale.

Al fine di garantire una programmazione integrata e coordinata della rete dei servizi socio-sanitari e di superare la separazione degli interventi e la rigida delimitazione delle competenze, e con l'obiettivo ultimo di realizzare un sistema di offerta che sia al contempo efficiente, efficace e di qualità, le componenti istituzionali, come sopra costituite, convengono di addivenire alla sottoscrizione del presente Accordo di Programma.

L'assunzione di responsabilità e di reciproci impegni è ritenuta condizione imprescindibile per l'attuazione del Piano di Zona 2013-2015 (di attuazione 2014-2016), del PAC Servizi di Cura – Anziani (2013-2015) e della programmazione aziendale in attuazione del Programma Operativo di Salute 2013-2015, da parte delle Amministrazioni che aderiscono al presente Accordo di

Programma, nonché per la coerente ed efficace attuazione dei due strumenti di programmazione soprarichiamati.

I firmatari del presente Accordo di Programma si obbligano a contribuire alla realizzazione degli obiettivi indicati nei rispettivi atti di programmazione secondo la responsabilità e le competenze a ciascuno di essi attribuita e in particolare, ai fini del raggiungimento degli obiettivi medesimi, si impegnano a seguire il criterio della massima diligenza per superare eventuali imprevisti e difficoltà sopraggiunti, si impegnano a favorire la più ampia partecipazione della cittadinanza sociale e delle organizzazioni del Terzo Settore e di rappresentanza degli utenti alla progettazione e alla valutazione partecipata degli interventi posti in essere.

La premessa è parte integrante dell'Accordo di Programma.

TITOLO I
DISPOSIZIONI GENERALI

Capo I
Norme Generali

Art. 1 Finalità del presente Accordo di Programma

1. La finalità del presente Accordo di programma è quella di attuare:

- un governo clinico-assistenziale efficace ed efficiente delle CDI tra il Distretto Socio Sanitario n. _____ e l'Ambito Sociale Territoriale di _____;
- il miglioramento dell'offerta dei servizi e delle prestazioni a domicilio;
- il rafforzamento dell'integrazione tra i servizi sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario al servizio CDI, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente e l'efficienza economica della organizzazione delle prestazioni de quo;
- il monitoraggio e la verifica degli interventi sanitari e socio-assistenziali domiciliari integrati;
- l'adozione dei standard qualitativi per un miglioramento continuo delle CDI erogate;
- alimentazione del flusso informativo SIAD e del monitoraggio LEA da questo derivante;
- riqualificazione del personale sanitario e ausiliario da riconvertire per le prestazioni territoriali (caso del personale già in carico ai presidi ospedalieri dismessi);
- integrazione con le altre misure di sostegno economico per le non autosufficienze eventualmente erogate dalla Regione (AIP, Assegno di cura, buono servizio di conciliazione) e dai Comuni (altri contributi economici).

Art.2 – Obiettivi del servizio CDI

1. Obiettivi complessivi da perseguire con la realizzazione di una rete territoriale per le Cure Domiciliari Integrate sono i seguenti:

- favorire l'autonomia della persona, la vita di relazione e la permanenza nel proprio ambiente familiare e sociale anche in situazioni di disagio;
- tutelare la salute psico-fisica sia in senso preventivo che di recupero mantenimento delle residue capacità funzionali e della vita di relazione;
- limitare l'allontanamento dall'ambiente familiare e sociale alle sole situazioni di grave dipendenza, per le quali la permanenza nel proprio ambiente costituirebbe fattore di

eccessivo disagio e deterioramento, riducendo così il ricorso all'ospedalizzazione impropria ed evitando, per quanto possibile, il ricovero in strutture residenziali;
- favorire la responsabilizzazione dei familiari e della comunità attraverso varie forme di sensibilizzazione e coinvolgimento;
- favorire la partecipazione degli utenti alle scelte organizzative e attuative del Servizio di Cure Domiciliari integrate, anche attraverso i rappresentanti delle organizzazioni sociali e delle associazioni relative;
- prevenire e contrastare i processi di emarginazione sociale e le condizioni di isolamento, di solitudine, di bisogno, e migliorare la qualità della vita in generale;
- curare e assistere pazienti in condizioni di salute tali che siano trattabili a domicilio, migliorando la qualità di vita degli stessi;
- sostenere le risorse dell'individuo per la vita in autonomia per quanto possibile e il muto-aiuto dei care giver familiari integrandole con risorse umane professionali, trasmettendo loro eventuali competenze utili per una autonomia di intervento.

Art.3 - Destinatari

1. Le CDI sono rivolte, ai fini del presente Accordo di Programma, a soggetti, residenti nei Comuni dell'Ambito territoriale in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario ed in particolare pazienti che si trovino nelle seguenti condizioni:

- anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità e limitazioni dell'autonomia[3];
- con patologie sub-acute temporaneamente invalidanti, trattabili a domicilio;
- pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri;
- con disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione dell'autonomia.

2. Per pazienti affetti da patologie oncologiche in fase avanzata o da altre patologie in fase terminale, e assistiti a domicilio con le cure sanitarie del caso, l'UVM valuta la necessità di eventuali prestazioni SAD di cui richiedere l'attivazione al Comune per completare il progetto di cura domiciliare.

Art. 4 - Criteri di ammissione e di eleggibilità

1. I requisiti generali per l'attivazione delle cure domiciliari integrate, sono:

- condizione di **non autosufficienza, disabilità** e/o di **fragilità** (determinata dalla concomitanza di diversi fattori biologici, psicologici e socio-ambientali che agendo in modo coincidente inducono ad una perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo), e **patologie in atto o esiti** delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- **complessità assistenziale**, ovvero presenza di bisogni complessi, che richiedono contemporaneamente prestazioni sanitarie ed interventi socio-assistenziali domiciliari
- adeguato supporto familiare e/o informale;
- idonee condizioni abitative;
- consenso informato da parte della persona e della famiglia/ o suo tutore giuridico;
- presa in carico da parte del MMG/PLS;
- residenza in uno dei Comuni dell'Ambito territoriale.

[3] *Si rammenta che ai fini dell'utilizzo delle risorse PAC Servizi di cura la ASL e i Comuni considerano, nell'ambito dell'intesa complessiva, i soli utenti ultra65enni non autosufficienti.*

2. Le prestazioni di assistenza domiciliare (CDI) si integrano con il "Buono Servizio di Conciliazione" erogato dalla Regione per prestazioni domiciliari aggiuntive da fornitori autorizzati e iscritti nel catalogo delle prestazioni (accreditati), in presenza di una situazione di fragilità economica connessa alla non autosufficienza di uno dei componenti del nucleo familiare.

3. La residenza in uno dei Comuni dell'Ambito oltre a costituire un requisito di accesso alle prestazioni, rappresenta il riferimento per l'attribuzione di costi sociali e sanitari rispettivamente all'Ambito e al Distretto.

4. Per la parte relativa ai costi socio-assistenziali attribuiti ai Comuni facenti parte dell'Ambito, la quota di compartecipazione da parte degli utenti è definita secondo quanto disposto dal Regolamento Unico di Ambito in materia.

TITOLO II
LE CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Capo I: Caratteristiche delle Cure Domiciliari Integrate

Art. 5 - I diversi profili delle cure domiciliari integrate

1. Le cure domiciliari integrate consistono in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie. Caratteristiche di tali cure è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e secondo progetti personalizzati di intervento.

2. I profili di cura si qualificano per livelli differenziati attraverso:

   a - la **natura del bisogno**;

   b - l'**intensità,** definita con l'individuazione di un coefficiente (CIA[4]);

   c - la **complessità** in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI (valore GEA[5]);

   d - la **durata media** (GdC[6]) in relazione alle fasi temporali: intensiva, estensiva e di lungo assistenza, e le **fasce orarie** di operatività;

   e – il tipo di **prestazioni** domiciliari per profilo professionale

Art.6 - I livelli delle cure domiciliari

1. Il sistema delle cure domiciliari socio assistenziali, sociosanitarie e sanitarie si connota per il perseguimento delle seguenti finalità:
   - Favorire l'autonomia dell'individuo nel contesto familiare e sociale;
   - Contenere la dipendenza e mantenere l'autonomia dell'individuo nel contesto familiare e sociale, salvaguardandone la qualità della vita;
   - Evitare istituzionalizzazioni improprie o gravi situazioni di emergenza sociale;

[4] CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: numero GEA/numero GdC

[5] *GEA = giornata effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare*

[6] *GdC = giornate di cura : durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal servizio*

- Evitare ricoveri non strettamente necessari e favorire le dimissioni protette;
- Sensibilizzare le realtà locali e promuovere l'attivazione delle risorse territoriali affinché la comunità locale nel suo complesso si faccia carico del problema.

In particolare l'intervento sinergico fra A.D.I. e S.A.D. persegue lo scopo di mantenere la persona il più a lungo possibile presso il proprio domicilio: il modello assistenziale da realizzare a livello locale non può prescindere da interventi tesi a garantire la specificità e la globalità, nonché l'integrazione socio-sanitaria continuativa, che consenta alla persona parzialmente o totalmente non autosufficiente di rimanere il più a lungo possibile nel proprio ambiente abituale di vita evitando ricoveri impropri e/o ritardando lo sradicamento sociale.

2. Al fine di assicurare una presa in carico globale dell'assistito e una adeguata continuità dell'assistenza prestata, le cure domiciliari integrate (CDI) non possono prescindere dalla erogazione di prestazioni SAD, laddove l'assistito presenti un quadro familiare e socio abitativo più critico. Per SAD si intende un servizio a domanda individuale, che comprende quel complesso di prestazioni di natura socio-assistenziale erogate prevalentemente al domicilio di anziani, minori, persone con disabilità, pazienti cronici e non deambulanti e nuclei familiari comprendenti soggetti a rischio di emarginazione, al fine di consentire la permanenza nell'ambito della propria comunità d'appartenenza.
3. È possibile classificare le cure domiciliari integrate (CDI) in 3 livelli:

   I. Cure domiciliari integrate (A.D.I.) di I livello: è costituita da prestazioni di tipo medico, infermieristico, e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati articolati sino a **5 giorni.**

   II. **Cure domiciliari integrate (A.D.I.) di II livello**: le prestazioni devono essere articolate in **6 giorni** in relazione alle criticità e complessità del caso. Sono inoltre ADI di II livello lesioni vascolari croniche e ferite difficili in generale fino alla totale guarigione, trattate con medicazioni avanzate, nonché i pazienti con PAI che, pur prevedendo un numero di accessi minore di 6, possono rientrare per intensitá di cure. Sono inoltre di II livello le Cure Domiciliari a tutti i pazienti oncologici.

   III. **Cure domiciliari integrate di III livello (ad elevata intensità)**: sono prestazioni a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati su **7 giorni** - considerato anche il servizio di pronta disponibilità - (es.: SLA/SMA, bambini con problematiche neonatali imponenti, terapie cicliche a malati di fibrosi cistica). Dette prestazioni si integrano con l'organizzazione di cui alla rete assistenziale per le malattie rare e per la SLA, secondo la normativa vigente e gli eventuali correlati atti aziendali. Assorbono le prestazioni già definite di Ospedalizzazione domiciliare. Anche le Cure Palliative rientrano nel III livello, in questo caso la responsabilità clinica permane in capo al MMG o PLS che si può avvalere anche del medico che segue la terapia del dolore individuato come da piano PAI dall'UVM. Le cure palliative devono essere erogate da un'equipe in possesso di specifiche competenze.

   IV. Per tutti i livelli di CDI costituisce necessaria integrazione l'erogazione di prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie assimilabili alle **prestazioni SAD** per la cura degli ambienti domestici e della persona, nonché alle prestazioni degli operatori sociosanitari. Il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) elaborato a seguito di VMD integra le prestazioni e individua le responsabilità economiche e organizzative rispettivamente del Distretto e dei Comuni.

4. Il mutamento delle condizioni cliniche dell'utente può comportare il passaggio ad un livello diverso di assistenza.

5. La responsabilità clinica generalmente è attribuita al medico di medicina generale e la sede organizzativa è nel distretto.
6. L'attivazione delle cure domiciliari integrate (CDI) richiede la presa in carico della persona, la previa valutazione multidimensionale del bisogno (VMD) e la definizione di un piano personalizzato di assistenza (PAI), con individuazione degli obiettivi di cura e dei tempi di recupero, delle tipologie di intervento e della frequenza degli accessi. Gli interventi professionali comprendono prestazioni mediche, specialistiche, infermieristiche, riabilitative e socioassistenziali. Annoverano una gamma di attività multiprofessionali, così come semplificate nel documento della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea 2006.
7. Per la corretta implementazione dei diversi livelli di CDI e per la necessaria integrazione sociosanitaria, il Distretto sociosanitario n.____ della ASL ____ e l'Ambito Territoriale di _____ si impegnano ad implementare ogni indirizzo regionale e nazionale in materia.

TITOLO III
L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA NELLE CURE DOMICILIARI

Capo I: Le Prestazioni e i soggetti preposti

Art. 7 - Prestazioni delle CDI

1. Il servizio di assistenza domiciliare integrata comprende prestazioni di tipo socioassistenziale e e/o sociosanitario (OSS) e sanitario che si articolano per aree di bisogno, con riferimento a persone affette da malattie croniche invalidanti e/o progressivo-terminali. Le prestazioni che il Distretto ___ e i Comuni dell'Ambito si impegnano a fornire, con i propri specifici operatori, sono quelle rientranti nei compiti e nelle mansioni correnti delle rispettive qualifiche professionali, di cui al successivo Capo II del presente Titolo III e secondo un'operatività ed un'organizzazione, in base ai giorni della settimana, fascia oraria, prestazioni, figure professionali assegnate con apposito ordine di servizio.
2. Con riferimento alle **prestazioni di competenza del Distretto sanitario**, la domiciliarità delle cure è così articolata:
   - assistenza medica di base
   - assistenza medica specialistica, in relazione alle branche attive nei Poliambulatori e quelle rivenienti dagli accordi di programma con i Presidi Ospedalieri e con i Dipartimenti Territoriali
   - assistenza infermieristica;
   - trattamenti riabilitativi fisioterapici;
   - assistenza psicologica;
   - assistenza sociale specialistica
   - assistenza protesica
   - assistenza farmaceutica.

   La gamma dettagliata delle prestazioni sanitarie essenziali erogabili a domicilio sono rintracciabili nel Documento della Commissione Nazionale per la definizione e l'organizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA domiciliari) - Ministero della Sanità.

3. Le **prestazioni socio-assistenziali domiciliari**, come da Reg. Reg. n.4/2007 art. 88, di competenza degli ambiti territoriali sono: di carattere sociale, psicologico ed educativo:
   - aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane e nella pulizia della persona;

- sostegno alla funzione educativa genitoriale nonché azioni di sostegno socio-educativo, didattico e di socializzazione atte a favorire l'inserimento nei vari contesti di aggregazione in favore dei minori;
- sostegno alla mobilità personale ove previsto (attività di trasporto e accompagnamento per persone anziane e parzialmente non autosufficienti, che a causa dell'età e/o di patologie invalidanti, accusano ridotta o scarsa capacità nella mobilità personale, anche temporanea, con evidente limitazione dell'autonomia personale e conseguente riduzione della qualità della vita)
- aiuto per le famiglie che assumono compiti di accoglienza e di cura di diversamente abili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento e di anziani.

Art. 8 - Gli strumenti operativi

1. Per ogni utente è predisposta idonea Cartella di CDI nella quale sono ricondotti:
   a) la S.Va.M.A. /S.Va.M.Di.
   b) il PAI ;
   c) il consenso informato;
   d) il diario delle attività assistenziali svolte a domicilio della persona;
   e) ogni variazione e aggiornamento.
2. Tutti gli operatori si impegnano ad utilizzare detta cartella registrando i loro interventi e controfirmandola.
3. Al domicilio della persona, il *care giver* tiene una scheda/diario giornaliera per l'annotazione delle "prestazioni effettuate" dagli operatori ed i tempi di attuazione. La scheda è controfirmata dall'utente stesso o da un suo familiare, a comprova della prestazione resa dagli operatori.
4. La scheda/diario giornaliera, quale parte integrante della cartella clinica, è resa al Responsabile dell'Unità Cure Domiciliari del Distretto al momento della dimissione dell'utente dal servizio.
5. E' responsabile della cartella dell'Assistenza Domiciliare Integrata del singolo paziente il Direttore del Distretto Socio-Sanitario, ed è custodita nella sede distrettuale, nell'ambito delle attività della PUA che, tra l'altro, cura la segreteria dell'UVM; è a disposizione di tutti gli operatori sociali e sanitari che intervengono al domicilio dell'utente per i servizi attivati; è archiviata al momento della dimissione dalle cure domiciliari o in caso di decesso.

Art. 9 - Prestazioni ammissibili a finanziamento con le risorse PAC

1. Tipologia di azioni previste a favore degli anziani ultra65enni non autosufficienti, ai sensi delle Linee Guida approvate dall'Autorità di Gestione PAC Servizi di Cura il 14 giugno 2013 e pubblicate sul sito del Ministero dell'Interno:
   a. prestazioni di assistenza domiciliare socio-assistenziale integrata all'assistenza socio-sanitaria (ADI);
   b. servizi in assistenza domiciliare socio-assistenziale (SAD) per anziani gravemente non autosufficienti che, pur necessitando di altre prestazioni sanitarie a domicilio, non sono inseriti in programmi di ADI[7]*;*
   c. investimento in allestimenti, forniture e adozioni di soluzioni innovative per la gestione di telemonitoraggio delle funzioni vitali e di teleassistenza.

[7] Tale stato dovrà essere verificato o attraverso l'avvenuto passaggio di ciascun caso specifico in UVM con conseguente richiesta di sola assistenza domiciliare socio assistenziale attraverso una valutazione strutturata dei bisogni socio-assistenziali (con l'applicazione della scheda SVAMA), che attesti una condizione di non autosufficienza di particolare gravità, tale da richiedere un percorso socio-assistenziale domiciliare per il miglioramento del benessere dell'individuo

2. Per l'attuazione delle prestazioni di cui alle lett. a e b i contraenti s'impegnano a:
   - verificare il rispetto di requisiti di qualità da parte dei soggetti erogatori dei servizi per tutte le modalità di gestione del servizio, nel rispetto delle condizioni contrattuali di fornitura, le quali devono tra l'altro essere conformi alla normativa vigente in materia di lavoro e appalti di servizio;
   - assicurare che le tariffe corrisposte siano congrue rispetto ai contratti collettivi vigenti;
   - effettuare verifiche e controlli (in caso di fornitore privato).
3. I Comuni dell'Ambito territoriale di _____ s'impegnano a rispettare le disposizioni in merito alle azioni e alle spese ammissibili a valere sulle risorse del PAC Servizi di cura – Anziani – 2013-2015, come previste da Linee guida "Piani di Intervento per il PAC Servizi di cura – Anziani" approvate e pubblicate dal Ministero dell'Interno – ADG PAC in data 14.06.2013, in base alle diverse modalità di erogazione del servizio.
4. Tutte le prestazioni a rilievo sanitario restano a carico del Fondo Sanitario Regionale e del budget della ASL _____ come assegnato al Distretto sociosanitario n.____, anche in quota parte del volume complessivo di prestazioni erogate.

Art. 10 - Soggetti preposti

1. I soggetti preposti per l'erogazione del servizio CDI sono:

   I. AREA SANITARIA:
      - Medico di medicina generale (in seguito MMG), Pediatra di Libera scelta (in seguito PLS) e Continuità assistenziale (cure primarie)
      - Infermiere professionale
      - Medico specialista
      - Terapista della riabilitazione
      - Medico specialista
      - Assistente sociale
      - Educatore professionale
      - Psicologo
      - Case manager (ruolo assegnato ad una delle figure sopra elencate)

   II. AREA SOCIALE
      - Servizio sociale professionale dell'ambito territoriale
      - Segretariato sociale dell'ambito territoriale
      - Enti gestori dei servizi sociali

   III. AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA
      - Ufficio di piano nella sua composizione allargata con il referente dell'Asl
      - PUA
      - UVM
      - Operatore Socio Sanitario (in seguito OSS).

2. La funzione di coordinamento dell'équipe ADI è presidiata da una delle figure dell'Area sanitaria.
3. Il Responsabile dell'Ufficio di Piano di Zona e il Direttore del Distretto Sociosanitario, per le rispettive competenze e responsabilità, definiscono il Piano di Intervento per le CDI dell'Ambito territoriale, in attuazione del Piano Sociale di Zona e del Programma Operativo di Salute 2013-2015 e vi allocano le risorse finanziare di rispettiva competenza:
   - le risorse del FNA e del PAC – Servizi di Cura Anziani – per la parte socioassistenziale e sociosanitaria;
   - le risorse del FSR per la parte sanitaria.

Art. 11 - Le linee guida regionali per le cure domiciliari

1. Le parti si impegnano al pieno recepimento delle Linee guida regionali in materia di accesso e presa in carico al sistema integrato di servizi sociali e sociosanitari e in materia di cure domiciliari integrate.

Art. 12 - La valutazione della qualità

1. L'erogazione delle prestazioni in regime domiciliare avviene sulla base dei principi di:
   a) adeguatezza
   b) appropriatezza
   c) economicità
2. Nella valutazione della qualità si fa riferimento a 3 (tre) dimensioni:
   1. la qualità organizzativo-gestionale;
   2. la qualità tecnico-professionale;
   3. la qualità percepita.
3. Gli indicatori a cui si fa riferimento sono:
   - quelli di risultato, al fine di verificare le ricadute che il servizio ha in merito alla salute degli utenti, alla qualità di vita, al grado di soddisfazione che esprimono;
   - l'autovalutazione, quale strumento costante di monitoraggio e di riflessione sulla propria realtà operativa.
4. Gli utenti saranno coinvolti attraverso gli strumenti tradizionali della customer satisfaction:
   a) questionari di gradimento per la rilevazione permanente del grado di soddisfazione degli utenti;
   b) interviste ai cittadini/utenti per la valutazione della qualità percepita

Art. 13 - Il sistema di accesso e di organizzazione

1. Il servizio di CDI si realizza attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL/Distretto sociosanitario e Comuni associati dell'Ambito Territoriale, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico, nel rispetto delle Linee guida regionali in materia di accesso al sistema integrato sociosanitario dei servizi e UVM (Del. G.R. n. 691/2011) e di ogni soluzione tecnico – gestionale atta ad accrescere l'efficacia e la tempestività di una presa in carico appropriata e integrata.

2. Le funzioni integrate per l'accesso e la presa in carico si articolano secondo il seguente percorso:
   - richiesta di accesso/segnalazione
   - recepimento della domanda da parte della PUA
   - proposta di ammissione alle cure domiciliari integrate
   - convocazione dell'UVM
   - valutazione multidimensionale a cura dell'UVM
   - predisposizione del PAI e individuazione del case manager .

3. In merito alla modalità di valutazione multidimensionale del grado di non autosufficienza, le parti contraenti s'impegnano ad introdurre modalità compatibili con l'alimentazione del Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA) e del Nuovo Sistema Informativo sanitario per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (NSIS-SIAD)

Art. 14 – Il personale delle PUA

1. Le parti contrattuali s'impegnano ad istituire e attivare/mettere a regime le Porte Uniche di accesso (PUA) secondo la seguente composizione e modalità:

COMPOSIZIONE PUA

PERSONALE DI COMPETENZA DELL'AMBITO TERRITORIALE				
Profilo professionale	**Ente di provenienza**	**N. ore settimanali**	**Inquadramento** **□ In organico** **□ Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive** **□ da individuarsi mediante affidamento del servizio**	**Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordine di servizio, se in organico)**
1.				
2.				

PERSONALE DI COMPETENZA DELLA ASL				
Profilo professionale	**Ente di provenienza**	**N. ore settimanali**	**Inquadramento** **□ In organico** **□ Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive** **□ da individuarsi mediante affidamento del servizio**	**Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordine di servizio, se in organico)**
1.				
2.				

Art. 15 – Il personale di riferimento per il funzionamento della UVM

1. Le parti contrattuali s'impegnano ad istituire e attivare/mettere a regime l'Unità di valutazione multidimensionale (UVM), assicurando le seguenti figure di riferimento, e fermo restando il coinvolgimento ad hoc di specialisti richiesti dal profilo di salute dell'utente in valutazione:

COMPOSIZIONE UVM

PERSONALE DI COMPETENZA DELL'AMBITO TERRITORIALE				
Profilo professionale	**Ente di provenienza**	**N. ore settimanali**	**Inquadramento** **□ In organico** **□ Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive** **□ da individuarsi mediante affidamento del servizio**	**Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordine di servizio, se in organico)**
1.				
2.				
…				

PERSONALE DI COMPETENZA DELLA ASL				
Profilo professionale	**Ente di**	**N. ore**	**Inquadramento**	**Modalità di**

	provenienza	**settimanali**	**In organico** **Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive** **da individuarsi mediante affidamento del servizio**	**assegnazione del personale alla funzione (es. ordine di servizio, se in organico)**
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

Art. 16 – Il personale di riferimento per il funzionamento delle cure domiciliari

1. Le parti contrattuali s'impegnano ad assicurare nel territorio di riferimento specifiche equipe professionali per l'erogazione delle Cure domiciliari Integrate (CDI), in tutte le componenti previste per le specifiche competenze, assicurando le seguenti figure di riferimento, e fermo restando il coinvolgimento ad hoc di specialisti richiesti dal profilo di salute dell'utente in valutazione:

COMPOSIZIONE EQUIPE CDI

PERSONALE DI COMPETENZA DELL'AMBITO TERRITORIALE				
Profilo professionale	**Ente di provenienza**	**N. ore settimanali**	**Inquadramento** **In organico** **Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive** **da individuarsi mediante affidamento del servizio**	**Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordine di servizio, se in organico)**
1				
2				
…				

PERSONALE DI COMPETENZA DELLA ASL				
Profilo professionale	**Ente di provenienza**	**N. ore settimanali**	**Inquadramento** **In organico** **Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive** **da individuarsi mediante affidamento del servizio**	**Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordine di servizio, se in organico)**
1				
2				
…				

Art. 17 - Modalità di erogazione

1. Le CDI sono erogate nelle seguenti modalità:

   a) **Distretto Socio Sanitario:** ***[****Gestione diretta, e/o affidamento a terzi, con responsabilità sanitaria dei progetti individuali a cura del MMG/PLS]*

b) **Comuni dell'Ambito Territoriale**: *[Gestione diretta, e/o mediante eventuale affidamento a terzi]*

2. Le parti contraenti s'impegnano, sul piano gestionale, al rispetto della normativa vigente prevista dal Codice dei Contratti (d. lgs. 163/2006) e della disciplina riguardante la tracciabilità dei flussi finanziari (d. lgs. 136/2010).

3. Le parti s'impegnano, altresì, a mantenere il coordinamento delle attività in capo al Distretto Socio-sanitario n. _____ della Asl ____e la presa in carico congiunta Distretto Socio-sanitario-Ambito attraverso l'UVM anche nell'ipotesi di esternalizzazione del servizio.

Capo II
Cessazione, sospensione e riduzione delle CDI

Art. 18 - Cessazione e riduzione

1. Il servizio può cessare o essere ridotto nei seguenti casi:
   a) richiesta scritta dell'utente;
   b) decesso o ricovero prolungato in strutture, qualora i familiari restanti non necessitino ulteriormente del servizio;
   c) qualora vengano meno i requisiti di ammissione;
   d) qualora venga meno il rispetto nei confronti del personale (molestie, aggressioni anche verbali, minacce) in forma ripetuta;
   e) qualora l'utente sia assente dal domicilio per più di tre volte nell'orario in cui deve essere effettuata la prestazione, senza preavvertire il personale;
   f) in caso di assenza per più di un mese (es: ricoveri di sollievo), esclusi i ricoveri ospedalieri, salvo situazioni particolari valutate dal Servizio Sociale comunale;
   g) in caso di mancato pagamento o ritardo superiore a 60 giorni.

Art. 19 - Sospensione

1. Il servizio può essere sospeso temporaneamente, su richiesta presentata alla PUA, da parte dell'utente o di un suo familiare, specificando il periodo e le motivazioni. Cinque giorni prima dello scadere del periodo di sospensione, l'utente od un suo familiare è tenuto a comunicare le sue intenzioni (ripresa del servizio o rinuncia definitiva). Eventuali assenze dovute a ricoveri temporanei non provocano la dimissione dal servizio (al posto dell'utente assente potranno tuttavia essere effettuate prese in carico a tempo determinato).
2. Il servizio, previa comunicazione anticipata, verrà riattivato entro 48 ore dal rientro a domicilio. Assenze per soggiorni climatici o trasferimenti presso altri familiari o diversi domicili non comportano la dimissione se l'assenza non supera un mese di calendario. Per assenze superiori non può essere mantenuto il posto, pertanto si procederà alle dimissioni e poi all'eventuale successiva valutazione di presa in carico.

TITOLO IV
LE RISORSE

Capo I
Criteri di allocazione delle risorse

Art. 20 - Risorse e livelli di responsabilità

1. Il servizio delle CDI di primo e secondo livello comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale e sanitario, che si articolano per aree di bisogno, offerte dal Distretto socio sanitario e dai i Comuni dell'Ambito, nella misura e secondo la modalità concordata con il Piano Sociale di Zona e il Programma delle Attività Territoriali. Il servizio delle CDI di terzo livello è di esclusiva competenza sanitaria.
2. Il costo del servizio di cure domiciliari integrate trova copertura a carico della Servizio Sanitario regionale al 100% per le prestazioni sanitarie, infermieristiche, riabilitative, di farmaceutica e protesica e al 50% per le prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona garantite dall'OSS, rimanendo a carico dei Comuni la rimanente quota del 50% . Le prestazioni continuative di assistenza tutelare alla persona garantite dall'OSS e le prestazioni connesse all'igiene dell'ambiente domestico e alla preparazione pasti sono al 100% a carico dei Comuni, in quanto prestazioni a valenza socioassistenziale.
3. Per il triennio di riferimento del presente accordo, le parti che lo sottoscrivono conferiscono le risorse come di seguito indicate:

Enti titolari	2013	2014	2015
Ambito territoriale /Comuni	FNA 2013: PAC 2013-2014: Altre risorse comunali:		
Distretto Sociosanitario (inclusa spesa per personale interno)	FSR 2013:	FSR 2014:	
Eventuale compartecipazione degli utenti			

Entro il primo semestre 2014 le parti che sottoscrivono il presente Accordo, definiscono uno specifico Addendum per quantificare le ulteriori risorse finanziarie assegnate per l'anno 2015 agli obiettivi de quo e per dettagliare il volume complessivo delle prestazioni assicurate, in ore lavorate per profili professionali impiegati.

Art. 21 - Compartecipazione dell'utente alla spesa

1. Gli utenti partecipano al costo del servizio, per la componente sociosanitaria e socioassistenziale a carico dei Comuni, in rapporto alle proprie capacità economiche attraverso la certificazione ISEE del nucleo familiare e del solo assistito, e compartecipano secondo il principio della gradualità della contribuzione in relazione alle effettive condizioni economiche.
2. Al fine della determinazione della quota di compartecipazione, vengono considerate due soglie per la condizione economica del solo assistito:
   - soglia ISEE minima, sotto la quale la prestazione è gratuita, determinata, ai sensi del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i., nella misura di Euro 7.500,00;
   - soglia ISEE massima, sopra la quale la prestazione è pagata per intero determinata, ai sensi del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i., nella misura di Euro 30.000,00.
3. All'interno di dette soglie si procederà al calcolo del costo, a carico dell'utente, della prestazione agevolata secondo quanto determinato dal Regolamento unico di Ambito per l'accesso e la compartecipazione al costo delle prestazioni.
4. In casi eccezionali, previa valutazione tecnica da parte del Servizio Sociale, e comunque per tutta la fase di start-up della nuova rete di Cure Domiciliari Integrate, come descritte nelle apposite Linee Guida Regionali, può essere disposta l'esenzione per le famiglie dal

pagamento della prevista quota di contribuzione, che rimarrà a carico delle risorse del PAC Servizi di Cura Anziani ovvero delle risorse per i Buoni Servizio di Conciliazione, assegnate ai Comuni associati in Ambito territoriale.

TITOLO V
NORME DI CARATTERE GENERALE

Art. 22 - Integrazione con i servizi del territorio

1. Nel caso in cui l'utente del Servizio necessiti di particolari prestazioni sanitarie specialistiche, il Piano individualizzato dovrà prevedere interventi comuni dei servizi coinvolti, nel rispetto delle specificità e dell'autonomia del ruolo e della responsabilità di ciascuno e alla luce delle indicazioni della recente normativa in materia di assistenza integrata.

Art. 23 - Rapporti con il volontariato

1. Il Servizio Sociale favorisce la collaborazione con il volontariato presente nel territorio, quale importante supporto alla realizzazione delle proprie finalità. Il volontariato non può in alcun caso essere considerato sostitutivo del servizio ma integrativo ad esso.
2. L'ambito territoriale può stipulare apposite convenzioni o accordi con le Associazioni di volontariato locali che si caratterizzino per progetti specifici a completamento dei servizi di cura domiciliari affidati alle imprese e cooperative sociali previa ordinario esecuzione della procedura di gare, nel rispetto della normativa vigente.

Art. 24 - Forme di garanzia per gli utenti

1. Nell'organizzazione del Servizio e delle prestazioni dovranno essere tenuti in considerazione i seguenti elementi:
   - salvaguardia della dignità e dell'autonomia dell'utenza
   - rispetto del diritto alla riservatezza
   - coinvolgimento degli utenti e dei familiari alla gestione del Servizio.
2. Le parti contraenti s'impegnano ad ottimizzare i sistemi di comunicazione interni all'organizzazione del servizio e verso l'esterno per sviluppare uno scambio informativo virtuoso ed efficace, anche attraverso la produzione di materiale informativo e pubblicitario (Carta delle rete delle cure domiciliari, guide alla rete dei servizi domiciliari, pieghevoli)

Art. 25 - Vigilanza e controllo

1. Per le attività di vigilanza e controllo delle azioni oggetto del presente Accordo, si fa riferimento ad un Coordinamento permanente partecipato dal Comune e dal Distretto, che prevede incontri periodici finalizzati a:
   - attuare la realizzazione concreta del presente Accordo di Programma;
   - individuare e gestire le difficoltà e i problemi che si possono prospettare;
   - verificare il costante impegno delle parti;
   - valutare i risultati conseguiti, procedendo nel caso ad aggiornamento degli accordi sottoscritti.
2. Per le attività di monitoraggio della gestione e di controllo di I livello, ogni competenza sussidiaria degli Enti preoposti si fa riferimento ai SI. GE.CO. proposto in formato di definitvo da parte dei soggetti pubblici interessati.

Art. 26 - Debito informativo e trasmissione dati

1. Con il D.M. del 17/12/2008 del Ministero della Salute (G.U. n. 6 del 09/01/2009) è stato istituito il sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (Flusso SIAD).
2. Il suddetto obbligo viene soddisfatto dalla la Regione Puglia mediante apposite funzionalità previste dal nuovo SISR, denominato Sistema Edotto.

Art. 27 - Durata e validità dell'Accordo di programma

1. Il presente Accordo di programma decorre dalla sua sottoscrizione e ha validità triennale, con tacito rinnovo, salvo diverse determinazioni delle parti che lo sottoscrivono.
2. L'Accordo di programma può essere revisionato dai firmatari, previa verifica congiunta, in relazione all'andamento e ai risultati, nonché in funzione di eventuali Leggi, Regolamenti o Delibere (nazionali, regionali ed aziendali) che posso determinarsi nel periodo di decorrenza e durata, a modifica o integrazione della legislazione ad oggi in vigore in materia di assistenza domiciliare.

Letto, confermato e sottoscritto

PER L'AMBITO SOCIALE DI _____
Il Sindaco del Comune di _____
Il Sindaco del Comune di _____
Il Sindaco del Comune di _____
Il Sindaco del Comune di _____
Il Sindaco del Comune di _____

PER IL DISTRETTO SOCIOSANITARIO N. ____ DELLA ASL _____
Il Direttore Generale _____
Il Direttore del Distretto _____