



## **ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO**

**per la programmazione e realizzazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate (CDI) a supporto del vigente Piano Sociale di Zona 2014-2016 e del Piano di Intervento PAC Servizi di cura per gli Anziani – Il Riparto (2015-2016)**

**AMBITO TERRITORIALE di TROIA**

**AZIENDA SANITARIA LOCALE di FOGGIA**

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

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

L'anno **2015** addì **12** del mese di **maggio**, secondo le modalità e i termini stabiliti dalle vigenti disposizioni, nella sala delle adunanze del **Comune di Troia**, sono presenti i seguenti **Soggetti sottoscrittori**:

*- **l'Amministrazione Comunale di Troia**, rappresentata dall'avv. Leonardo Cavalieri, delegato alla sottoscrizione del presente atto dal Coordinamento Istituzionale dell'Ambito territoriale associato con delega al Comune capofila, giusta Deliberazione n. 10 del 20.04.2015;*

**e**

*- **l'ASL di Foggia** (di seguito ASL) rappresentata dal dr. Michele Urbano in qualità di Direttore del Distretto Socio Sanitario di Troia-Accadia n.59 giusta delega del Commissario Straordinario n. 0036809 del 22.04.2015*

## **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"

1

- 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 *“Regolamento 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”* che raccorda l’implementazione di questi strumenti con l’alimentazione del flusso informativo SIAD del N-SISR mediante l’apposita area applicativa *“Assistenza Domiciliare”* del sistema informativo regionale denominato *“EDOTTO”*;
- Il Piano di Azione per gli Obiettivi di Servizio – Obiettivo ADI (Indicatori S.06 – S.06bis) a valere sulle risorse del Fondo Sviluppo e Coesione 2007-2013 (APQ *“Benessere e Salute”* sottoscritto il 13 marzo 2014 tra Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica, il Ministero della Salute, il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e la Regione Puglia);
- 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 – I riparto, pubblicate dal Ministero dell’Interno in data 14 giugno 2013;
- La Del. G.R. n. 1534 del 2 agosto 2013 di approvazione del terzo Piano Regionale delle Politiche Sociali 2013-2015, che trova attuazione con i Piani Sociali di Zona triennali 2014-2016 in tutti gli Ambiti territoriali sociali per effetto della l.r. n. 19/2006 e s.m.i. ;
- Le linee guida per la presentazione dei Piani di Intervento per il PAC Servizi di Cura anziani II Riparto, pubblicate dal Ministero dell’Interno in data 26 gennaio 2015 (Decreto AdG PNSCIA n. 359/PAC);
- La Deliberazione della Giunta Regionale n. 630 del 30/03/2015 che ha approvato lo schema di Accordo di Programma integrativo per la programmazione e realizzazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate, previo svolgimento dei lavori del tavolo tecnico Ass.to al Welfare – ARES Puglia – Direttori dei Distretti Sociosanitari, nonché previa concertazione con le OO.SS., con l’ANCI Puglia, con le Associazioni datoriali più rappresentative a livello regionale;
- La Deliberazione del Direttore Generale n. 03 del 24/04/2015 che ha approvato e fatto proprio lo schema di Accordo di Programma Integrativo per la programmazione e



realizzazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate (CDI) da sottoscrivere per tutti i Distretti Sociosanitari della ASL con i Comuni capofila degli Ambiti territoriali sociali, al fine di adempiere ad una delle prescrizioni previste dall'Autorità di Gestione PAC Servizi di Cura per supportare la effettiva implementazione degli interventi che saranno programmati nei relativi Piani di Intervento per il PAC Anziani - Il riparto 2015-2016.

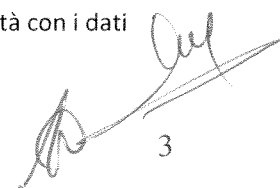
#### PREMESSO

- che la CONVENZIONE PER LA GESTIONE ASSOCIATA DELLE FUNZIONI E DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI (ex art. 30 D. Lgs. n. 267/2000) è stata adottata dal Commissario ad acta con Deliberazione n. 1 del 31.03.2015 (prot. n. 5112/UDP), nel rispetto della l.r. n. 19/2006 e s.m.i;
- che in data 06/12/2013 è stato sottoscritto specifico Accordo di programma tra l'Ambito territoriale Sociale e l'Azienda Sanitaria Locale ai fini della "programmazione e realizzazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate" finanziato dal PAC Servizi di cura per anziani Primo Riparto (2014-2015);
- che in data 20/04/2015, in riferimento al III ciclo di programmazione sociale e socio-sanitaria (Piano Sociale di Zona 2014 – 2016) è stato sottoscritto L'Accordo di Programma tra Comuni dell'Ambito territoriale Sociale di Troia e Azienda Sanitaria Locale di Foggia per l'attuazione dei servizi ad elevata integrazione territoriale e a carattere domiciliare e comunitario.

#### CONSIDERATO

- che il presente accordo deve riguardare l'implementazione della 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 Foggia;
- che il presente accordo costituisce un Accordo di Programma specifico che integra e completa l'Accordo di programma "generale" – come definito nelle Linee guida dell'AdG PAC per il secondo riparto – già sottoscritto nel dicembre 2013 nella fase di avvio del PAC Servizi di Cura e del III ciclo di programmazione regionale sociale, ed integra ogni altro protocollo di intesa e specifico accordo già sottoscritto tra ASL e Ambito territoriale per dare attuazione a tutti i livelli essenziali di assistenza (LEA) ad elevata integrazione sociosanitaria, di cui al D.M. 29.11.2001, con la compartecipazione dei Comuni e del rispettivo Piano Sociale di Zona;
- che la sottoscrizione del presente Accordo di programma costituisce requisito di ammissibilità per l'accesso alle risorse del Secondo Atto di Riparto finanziario del PAC servizi di cura anziani del 7 ottobre 2014 (Decreto dell'Adg PNSCIA n.240/PAC, come rettificato dal Decreto n. 289/PAC del 28.11.2014 );
- che l'Ambito territoriale nel corso dell'anno 2014 non 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 degli accordi sottoscritti con gli atti in premessa specificati;
- che l'Ambito territoriale/Distretto Sociosanitario n.59 (denominato Troia-Accadia) nel corso dell'anno 2014 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<sup>1</sup>:

<sup>1</sup> I dati riportati nella presente Tabella per le prestazioni erogate dalla ASL devono assicurare la congruità con i dati immessi nel Mod. FLS21 in NSISR per l'anno 2014.


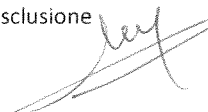


Servizi attivati e volumi di prestazioni	Annualità 2014
Num. Utenti serviti con <b>SAD</b>	187
Totale ore erogate SAD	21.695
Num. Ore/uomo lavorate per operatori SAD (specificare qualifiche professionali)	Operatori Socio Assistenziali (OSA): 17.485 Operatori Socio Sanitari (OSS): 4.210 Assistenti Sociali: 16.100
Spesa totale dei Comuni per prestazioni domiciliari rivolte a persone non autosufficienti ( <i>fare riferimento alle sole fatture emesse con riferimento alle prestazioni erogate nei 12 mesi del 2014 dai diversi soggetti erogati, insieme ai costi diretti eventualmente sostenuti per coordinamento, monitoraggio, ecc...</i> )	€ 495.348,88
Di cui compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni	€ 12.690,39 (4,03% media sul totale dei costi)
Num. Utenti serviti con <b>ADI</b> <sup>2</sup> previa presa in carico congiuntamente da UVM	337
Totale ore erogate ADI	24.000
Num. Ore/uomo lavorate per operatori ADI (specificare profili professionali impiegati)	Infermiere: 18.000 ore Terapista riabilitazione: 6.000
Spesa totale per prestazioni domiciliari ADI rivolte a persone non autosufficienti	€ 453.000,00
Di cui spesa ASL	€ 453.000,00
Di cui spesa Comuni	€ 0,00
Num. Utenti serviti con <b>ADS-ADR</b> <sup>3</sup> e altra assistenza domiciliare sanitaria	337
Totale ore erogate "Altra Assistenza domiciliare sanitaria"	0
Spesa totale ASL per "Altra Assistenza domiciliare sanitaria"	0
Num. <b>Casi valutati dall'UVM</b> nel corso del 2014	381
Num. <b>PAI attivati</b> nel corso del 2014	608

**TUTTO CIO' VISTO, PREMESSO E CONSIDERATO,  
I SOGGETTI SOTTOSCRITTORI**

<sup>2</sup> Ai fini della rilevazione delle attività svolte e della spesa sostenuta nel corso dell'2014, 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 il numero di PAI attivati, escludendo le proroghe degli stessi PAI).

<sup>3</sup> Ai fini della rilevazione delle attività svolte e della spesa sostenuta nel corso dell'anno 2014 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).

   
4

**APPROVANO IL SEGUENTE ACCORDO DI PROGRAMMA INTEGRATIVO  
per la programmazione e realizzazione del servizio di Cure Domiciliari Integrate  
(CDI) a supporto del vigente Piano Sociale di Zona 2014-2016 e del Piano di  
Intervento PAC Servizi di cura per gli Anziani – Il Riparto (2015-2016)**

**PREMESSA**

In base alle previsioni del Piano Operativo di Salute 2013-2015, del terzo Piano regionale delle Politiche Sociali (2013-2015), del Patto di Salute approvato nel 2014, 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 équipe dedicate per l'erogazione delle prestazioni ADI, quindi équipe 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), al fine di accrescere la capacità di presa in carico di anziani in assistenza domiciliare;
- l'aumento e la qualificazione dell'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali complementari rispetto all'offerta domiciliare;
- il miglioramento delle competenze di manager, operatori professionali e assistenti familiari;
- la sperimentazione di protocolli innovativi di presa in carico personalizzata dell'anziano fragile.

Il Piano di Intervento PAC Anziani – Il riparto dell'Ambito territoriale di Troia ribadisce, in coerenza con le Linee guida PAC Anziani - Il Riparto (Decreto AdG PNSCIA n. 359/PAC del 26.01.2015) focalizza in particolare il primo degli obiettivi sopra riportati, in analogia alla priorità espressa anche in occasione del I riparto, e individua quale suo principale strumento attuativo uno specifico Accordo di Programma tra Comune capofila di ciascun Ambito territoriale e Direzione Generale della ASL corrispondente (ovvero il Direttore del Distretto con delega del Direttore Generale della ASL) al fine di fissare obblighi e impegni reciproci in materia di:

- condivisione delle informazioni e dei dati su organizzazione e livello delle prestazioni ADI/CDI effettivamente erogate dall'Azienda/Distretto Sanitario e/o dall'Ambito/Distretto sociale nel 2014;
- chiara identificazione degli impegni delle due parti in termini di risorse finanziarie, umane e logistiche programmate e ore di assistenza previste per le prestazioni ADI/CDI per il biennio 2015-2016;
- impegno a mantenere attive e a mettere a regime le Porte Unitarie di Accesso (PUA) e le Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM) a copertura del fabbisogno di accesso integrato socio-sanitario, a condividere informazioni sulla composizione, le funzioni ricoperte, i principali dati di attività, gli strumenti di valutazione multidimensionali adottati, nonché la relativa organizzazione come disciplinata dalla Del. G.R. n. 691/2011;



- implementazione di modalità di valutazione multidimensionale del grado di non autosufficienza compatibili con l'alimentazione del Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA) e del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (flusso informativo SIAD e restituzione del Modello FLS21 per il monitoraggio LEA);
- descrizione dei sistemi di accreditamento (con riferimento alla normativa regionale) e precisazione dei requisiti organizzativi, di attrezzature e di attività, nonché delle modalità di verifica e controllo, in caso di prestazioni erogate da soggetti privati per le prestazioni di natura sociale con il sostegno alla domanda e alla libera scelta dei cittadini-utenti del soggetto erogatore assicurato dai buoni servizio di conciliazione per le attività domiciliari.

Nello specifico per **cure domiciliari integrate** (CDI), *“come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si intendono prestazioni sanitarie che si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia, secondo quanto previsto dal DPCM 14 febbraio 2001 recante “Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria”. Il bisogno clinico, funzionale e sociale è accertato attraverso idonei strumenti di valutazione multidimensionale che consentano la presa in carico della persona e la definizione del “Progetto di assistenza individuale” (PAI) sociosanitario integrato,”.* 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, per l'unitarietà d'intervento, per l'integrazione delle risorse e delle responsabilità di presa in carico.

Il livello di bisogno clinico, funzionale e sociale è valutato attraverso idonei strumenti che consentono la definizione del programma assistenziale, il conseguente impegno di risorse (S.Va.Ma e S.Va.M.Di per la valutazione, P.A.I. per la presa in carico) da implementare nell'attività delle U.V.M. distrettuali in coerenza con quanto disposto dalla Del. G.R. n. 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”*, che raccorda l'implementazione di questi strumenti valutativi e di presa in carico con l'alimentazione costante del flusso informativo SIAD del N-SIS mediante l'apposita area applicativa “Assistenza Domiciliare” del sistema informativo regionale denominato “EDOTTO”, assolvendo alla prescrizione del punto 7 della Tabella al par. 2.3.B del formulario relativo al Piano di Intervento PAC Anziani – Il riparto.

Il presente Accordo di Programma Integrativo, pertanto, disciplina le responsabilità e gli impegni reciproci e nei confronti dell'utenza residente in tutti Comuni ricadenti nell'Ambito territoriale di Troia della ASL Foggia, a valere sulle risorse finanziarie di rispettiva competenza, e specificamente a valere su Fondo Nazionale e Regionale per le Non Autosufficienze, Fondi del PAC – Servizi di cura – Anziani - Il Riparto, altre risorse proprie comunali, FSR per le competenze delle ASL, al fine di garantire e consolidare 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.

L'assunzione di responsabilità e di reciproci impegni è ritenuta condizione imprescindibile per l'attuazione del Piano di Zona 2014-2016 dell'Ambito territoriale, del PAC – Servizi di cura – Anziani - Il Riparto, 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 Integrativo 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.

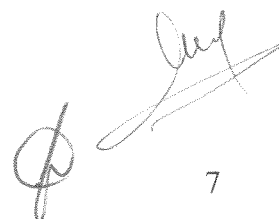
## **TITOLO I DISPOSIZIONI GENERALI**

### **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. 59 e l'Ambito Sociale Territoriale di Troia;
  - 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 dei flussi informativi SINA e NSIS-SIAD (Area applicativa "Assistenza Domiciliare" del sistema informativo regionale denominato "EDOTTO");
  - 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**



7

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 mutuo-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<sup>4</sup>;
- con patologie sub-acute temporaneamente invalidanti, trattabili a domicilio;
- pazienti in dimissione socio-sanitaria "protetta" ovvero "programmata" da reparti ospedalieri;
- con disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione dell'autonomia;
- pazienti oncologici ultra 65enni.

2. Per i pazienti di cui al comma precedente in condizione di particolare fragilità, per gravità delle patologie, per limitata autonomia funzionale ovvero per assenza di care giver familiari, che siano assistiti a domicilio con le cure sanitarie del caso (ADP, ADS, ADR), l'UVM valuta la necessità di eventuali prestazioni SAD, al fine di costruire un PAI a reale integrazione sociosanitaria, di cui richiedere l'attivazione al Comune per completare il progetto di cura domiciliare, e che il Comune può assicurare o con erogazione diretta mediante affidamento a terzi o con il riconoscimento di buoni servizio di conciliazione per l'accesso diretto alle prestazioni da parte degli utenti attraverso la scelta di uno dei soggetti erogatori già inseriti nell'apposito catalogo regionale dell'offerta a

---

<sup>4</sup> 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.



seguito di procedura di accreditamento sociale, come disciplinato dagli artt. 29 e segg. del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i..

#### **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.

2. Le prestazioni di assistenza domiciliare integrata (CDI) prescritte dal PAI elaborato in UVM possono essere ulteriormente integrate con prestazioni domiciliari socioassistenziali aggiuntive, se necessarie in relazione alla condizione sociofamiliare del paziente, e che lo stesso o il suo nucleo familiare può acquistare con il supporto del "Buono Servizio di Conciliazione" erogato dalla Regione per il tramite di fornitori autorizzati e iscritti nel catalogo delle prestazioni (accreditamento sociale), in presenza di una situazione di fragilità economica connessa alla non autosufficienza di uno dei componenti del nucleo familiare, applicando le tariffe dichiarate ai fini dell'iscrizione al catalogo e comunque coerenti con le tariffe di riferimento regionali e con la piena applicazione dei contratti di lavoro e della normativa in materia di sicurezza, previdenza e protezione dei lavoratori.

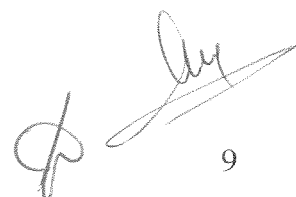
3. La residenza in uno dei Comuni dell'Ambito oltre a costituire un requisito di accesso alle prestazioni, rappresenta il riferimento per l'attribuzione di costi sociali e sanitari rispettivamente all'Ambito e al Distretto.

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, aggiornato ai sensi del novellato art. 6 del Reg. R. n. 4/2007, ovvero secondo quanto disposto dal Soggetto erogatore con specifici avvisi pubblici al fine di recepire nella normativa regionale criteri e modalità di applicazione dell'ISEE ai sensi del DPCM 5.12.2013 n. 159.

## **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. Caratteristica 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<sup>5</sup>);
  - c - la **complessità** in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI (valore GEA<sup>6</sup>);
  - d - la **durata media** (GdC<sup>7</sup>) 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;
  - 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 di A.D.I. e S.A.D. persegue lo scopo di mantenere la persona il più a lungo possibile presso il proprio domicilio assicurando anche la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro per i care giver familiari e la qualità delle cure con l'apporto professionale degli operatori sanitari e sociosanitari: 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. È possibile classificare le cure domiciliari integrate (CDI) in 3 livelli:

1. **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**.

<sup>5</sup> CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: numero GEA/numero GdC

<sup>6</sup> GEA = giornata effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

<sup>7</sup> GdC = giornate di cura : durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal servizio

- 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 intensità 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, pazienti terminali, anche oncologici, pazienti in dipendenza continuativa dalle macchine per le funzioni vitali). 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 (ADI I liv., ADI II liv., ADI III liv.) si fa riferimento sia alle prestazioni ADI di competenza del SSR che alle prestazioni ADI di competenza del sistema degli Enti locali. A queste possono essere integrate – rimanendo a totale carico dei Comuni - prestazioni socioassistenziali e sociosanitarie assimilabili alle **prestazioni SAD** per la pulizia, la movimentazione e l'alimentazione della persona, la pulizia degli ambienti domestici, comunque erogate da equipe composte da figure professionali con la qualifica di OSS e, entro il limite massimo del 30% della spesa complessiva<sup>8</sup>, da eventuale presenza di figure ausiliarie con qualifiche exOTA-OSA-ADeST o assistenti familiari.

Si rinvia per tutto quanto qui non specificato alle Linee guida regionali per le Cure Domiciliari integrate approvate dalla Giunta Regionale della Puglia con propria Deliberazione n. 630 del 30/03/2015.

3. Il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) elaborato a seguito di valutazione multidimensionale dall'UVM 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 domiciliare come sopra individuato.
5. La responsabilità clinica generalmente è attribuita al medico di medicina generale e la sede organizzativa è nel Distretto sociosanitario.
6. Per la corretta implementazione dei diversi livelli di CDI e per la necessaria integrazione sociosanitaria, il Distretto sociosanitario n.59 della ASL Foggia e l'Ambito Territoriale di Troia si impegnano ad implementare ogni indirizzo regionale e nazionale in materia.

---

<sup>8</sup> Ai fini della ammissibilità della spesa a valere sulle risorse del PAC Servizi di cura – Anziani- II riparto.

## Capo II: Le Prestazioni e i soggetti preposti

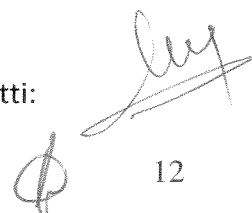
### Art. 7 - Prestazioni delle CDI

1. Il servizio di assistenza domiciliare integrata comprende prestazioni di tipo socioassistenziale 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 Sociosanitario n.59 della ASL FG 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 precedente art. 6, e secondo un'operatività ed un'organizzazione, in base ai giorni della settimana, fascia oraria, prestazioni, figure professionali assegnate con apposito ordine di servizio dai rispettivi responsabili
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
  - assistenza alla persona (OSS) in chiave aiuto-infermieristica.

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 sociosanitarie-assistenziali domiciliari** come da Reg. Reg. n.4/2007 art. 88, e ai fini del presente accordo di programma integrativo, **di competenza degli Ambiti territoriali** sono di carattere sociale, psicologico ed educativo:
  - assistenza di base alla persona (OSS) di tipo continuativo ed estensivo per il numero di ore giornaliere/settimanali disposto dal PAI in UVM;
  - aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane e nella pulizia della persona e dell'abitazione;
  - 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 anziani gravemente non autosufficienti.

### Art. 8 - Gli strumenti operativi

1. Per ogni utente è predisposta idonea Scheda 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 scheda 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.

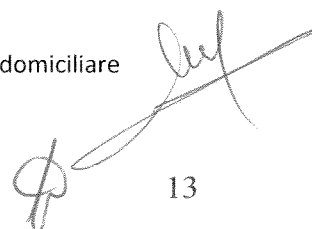
#### **Art. 9 - Prestazioni ammissibili a finanziamento con le risorse PAC**

1. Le tipologie 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 riparto il 26 gennaio 2015 e pubblicate sul sito del Ministero dell'Interno, e quindi ai fini del presente accordo di programma integrativo, sono le seguenti:
  - l'assistenza socio-sanitaria, a carico dei Comuni<sup>9</sup>, integrate ai servizi socio-sanitari forniti dal SSR nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)/Cure Domiciliari Integrate (CDI). Si tratta pertanto di prestazioni che presuppongono necessariamente un processo di valutazione e di presa in carico integrata da parte dell'UVM;
  - erogazione di servizi in assistenza domiciliare socio-assistenziale SAD per anziani non autosufficienti che, non necessitando di prestazioni sanitarie a domicilio continuative, non sono inseriti in programmi di ADI/CDI, bensì in programmi ADP-ADO-ADR che presuppongono prestazioni sanitarie programmate; in tal caso la spesa è ammissibile a condizione che siano soddisfatti i livelli di prestazioni socioassistenziali in ADI rispondenti al fabbisogno del territorio<sup>10</sup>, e a condizione che la richiesta di SAD sia disposta comunque dall'UVM a margine di valutazione della non autosufficienza e della prescrizione di altre tipologie di assistenza sociosanitaria (es: ammissione a frequenza di centro diurno socioriabilitativo, approvazione concessione assegno di cura per gravissimi non autosufficienti, ecc.);

---

<sup>9</sup> Erogabili o mediante affidamento con appalto di servizi, o mediante acquisto prestazioni tramite il buono servizio di conciliazione in favore dei diretti destinatari, tramite apposita piattaforma regionale.

<sup>10</sup> Deve intendersi l'assenza di liste d'attesa di pazienti già valutati in UVM, presi in carico con un PAI domiciliare integrato e per i quali non siano ancora state attivate prestazioni ADI presso il rispettivo domicilio.



13

- sostegno alle spese di gestione delle PUA, con riferimento alle spese del personale dei Comuni adibito alle sole funzioni di accesso, valutazione e presa in carico degli anziani e connesso aggiornamento dei flussi informativi.

### TITOLO III GLI IMPEGNI DELLE PARTI

#### Art. 10 - Gli impegni delle parti

1. Le **parti contraenti** 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 come approvate con Del. G.R. n. 630 del 30/03/2015.
2. I **Comuni associati nell'Ambito territoriale di Troia** si 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 (Decreto ADG PNSCIA n. 359/PAC del 26.01.2014) e dal “Secondo Atto di Riparto finanziario” (Decreto ADG PNSCIA n. 289/PAC del 28.11.2014 come rettificato dal Decreto n. 240/PAC del 7.10.2014), in base alle diverse modalità di erogazione del servizio, pur tuttavia considerando l’obiettivo di soddisfare i livelli di prestazioni socio-assistenziali complementari all’ ADI/CDI rispondente al fabbisogno territoriale misurato e condiviso con il Distretto sociosanitario della ASL;
  - ☐ Assicurare la piena condivisione delle informazioni e dei dati su organizzazione e livello delle prestazioni ADI/CDI effettivamente erogate dall’Azienda/Distretto Sanitario e dall’Ambito territoriale sociale nel 2014;
  - ☐ Dichiarare le risorse finanziarie, umane e logistiche programmate e ore di assistenza previste per le prestazioni ADI/CDI per il biennio 2015-2016 per il mantenimento dei livelli conseguiti e per il potenziamento del livello di copertura ADI della popolazione di riferimento, nel rispetto con l’Obiettivo di Servizio/LEA fissato a livello nazionale dal Ministero della Salute e dal Dipartimento per la Coesione Territoriale;
  - ☐ Mantenere attive e a mettere a regime la Porte Unitarie di Accesso (PUA) e la Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM), con l’apporto professionale di specifica competenza, a copertura del fabbisogno di accesso integrato socio-sanitario, onde evitare il generarsi di lunghi tempi di attesa per la produzione della VM e del connesso PAI, nonché a condividere informazioni sulla composizione, le funzioni ricoperte, i principali dati di attività, gli strumenti di valutazione multidimensionali adottati;
  - ☐ Assicurare ogni collaborazione utile all’alimentazione del Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA) e del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare (flusso informativo SIAD e restituzione del Modello FLS21 per il monitoraggio LEA) per quanto già previsto nel sistema informativo regionale “EDOTTO” (punto 7 della Tabella al par. 2.3.B );
  - ☐ Assicurare il rispetto della normativa regionale in materia di accreditamento e di autorizzazione dei soggetti erogatori dei servizi domiciliari integrati, nel rispetto degli standard organizzativi e funzionali prescritti dalla normativa regionale vigente (art. 88 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i.), nonché in materia di verifica e controllo, sia in caso di prestazioni erogate da soggetti terzi affidatari per conto dell’Ambito territoriale sia in caso di prestazioni erogate da soggetti privati per le prestazioni di natura sociale con il sostegno

alla domanda e alla libera scelta dei cittadini-utenti del soggetto erogatore assicurato dai buoni servizio di conciliazione per le attività domiciliari.

**3. La Direzione Generale della ASL Foggia e il Distretto Sociosanitario n. 59 denominato Troia – Accadia si impegnano a:**

- ☐ Assicurare la piena condivisione delle informazioni e dei dati su organizzazione e livello delle prestazioni ADI/CDI effettivamente erogate dall'Azienda/Distretto Sanitario e dall'Ambito territoriale sociale nel 2014;
- ☐ Dichiarare le risorse finanziarie, umane e logistiche programmate e ore di assistenza previste per le prestazioni ADI/CDI per il biennio 2015-2016 per il mantenimento dei livelli conseguiti e per il potenziamento del livello di copertura ADI della popolazione di riferimento, nel rispetto con l'Obiettivo di Servizio/LEA fissato a livello nazionale dal Ministero della Salute e dal Dipartimento per la Coesione Territoriale;
- ☐ Mantenere attive e a mettere a regime la Porte Unitarie di Accesso (PUA) e la Unità di Valutazione Multidimensionali (UVM), con l'apporto professionale di specifica competenza, a copertura del fabbisogno di accesso integrato socio-sanitario, onde evitare il generarsi di lunghi tempi di attesa per la produzione della VM e del connesso PAI, nonché a condividere informazioni sulla composizione, le funzioni ricoperte, i principali dati di attività, gli strumenti di valutazione multidimensionali adottati;
- ☐ Assicurare ogni collaborazione utile all'alimentazione del Sistema Informativo per la Non Autosufficienza (SINA) e del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (flusso informativo SIAD e restituzione del Modello FLS21 per il monitoraggio LEA) per quanto già previsto nel sistema informativo regionale "EDOTTO" (punto 7 della Tabella al par. 2.3.B );
- ☐ Assicurare il mantenimento per l'anno 2015 del medesimo tasso di incidenza medio regionale della spesa per ADI rispetto al totale della spesa sanitaria registrato nel 2013, e pari allo 0,7% del totale di spesa sanitaria per la ASL, nonché ad assicurare l'incremento della medesima spesa fino all'1% del totale della spesa sanitaria nel 2016 e all'1,2% del totale della spesa sanitaria nel 2017.

**4. Per l'attuazione di quanto previsto ai commi precedenti, i contraenti s'impegnano a:**

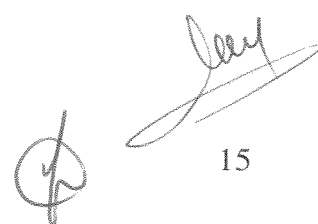
- verificare il rispetto di requisiti di qualità da parte dei soggetti erogatori dei servizi per tutte le modalità di gestione del servizio, nel rispetto delle condizioni contrattuali di fornitura, le quali devono tra l'altro essere conformi alla normativa vigente in materia di lavoro e appalti di servizio;
- assicurare la remunerazione delle prestazioni erogate siano congrue rispetto ai contratti collettivi vigenti;

**5. Tutte le prestazioni a rilievo sanitario restano a carico del Fondo Sanitario Regionale e del budget della ASL Foggia come assegnato al Distretto sociosanitario n.59, anche in quota parte del volume complessivo di prestazioni erogate.**

**Art. 11 - 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

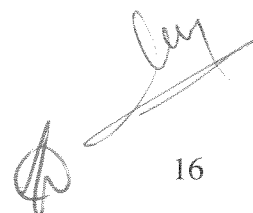
#### **Art. 12 - Il sistema di accesso e di organizzazione**

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 .

#### **Art. 13 – Il personale delle PUA**

(punto 5 della Tabella al par. 2.3.B )

1. Le parti contraenti s'impegnano per il biennio 2015-2016 a completare e a mettere a regime le Porte Uniche di accesso (PUA) del territorio di riferimento del Distretto sociosanitario/Ambito territoriale sociale secondo la seguente composizione e modalità:







## COMPOSIZIONE PUA

PERSONALE DI COMPETENZA DELL'AMBITO TERRITORIALE				
Profilo professionale (rif: profili sociali/ amministrativi)	Ente di provenienza (se personale interno)	N. ore settimanali	Inquadramento <input type="checkbox"/> In organico <input type="checkbox"/> Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive <input type="checkbox"/> da individuarsi (o individuato) mediante affidamento del servizio	Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordine di servizio, se in organico)
n.1 Assistente Sociale		36	Da individuarsi mediante affidamento del servizio	
n.16 Assistenti Sociali		12	Da individuarsi mediante affidamento del servizio	
n.1 Amministrativo di Back Office		36	Da individuarsi mediante affidamento del servizio	

PERSONALE DI COMPETENZA DELLA ASL				
Profilo professionale (rif: profili sanitari/ amministrativi)		N. ore settimanali	Inquadramento <input type="checkbox"/> In organico <input type="checkbox"/> Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive <input type="checkbox"/> da individuarsi (o individuato) mediante affidamento del servizio	Modalità di assegnazione del personale alla funzione (es. ordine di servizio, se in organico)
n.1 Assistente Sociale (Back Office)		18	In organico	O.d.S.
n.1 Infermiere professionale (Back Office)		36	In organico	O.d.S.

**Art. 14 – Il personale di riferimento per il funzionamento della UVM**

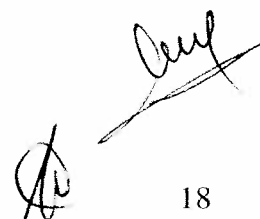
(punto 6 della Tabella al par. 2.3.B )

1. Le parti contraenti s'impegnano per il biennio 2015-2016 a completare e a 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**

<b>PERSONALE DI COMPETENZA DELL'AMBITO TERRITORIALE</b>				
<b>Profilo professionale</b> (rif: profili sociali)	<b>Ente di provenienza</b> (se personale interno)	<b>N. ore settimanali</b>	<b>Inquadramento</b> <input type="checkbox"/> In organico <input type="checkbox"/> Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive <input type="checkbox"/> da individuarsi (o individuato) mediante affidamento del servizio	<b>Modalità di assegnazione del personale alla funzione</b> (es. ordine di servizio, se in organico)
n.1 Assistente Sociale		12	Da individuarsi (o individuato) mediante affidamento del servizio.	

<b>PERSONALE DI COMPETENZA DELLA ASL</b>				
<b>Profilo professionale</b> (rif: profili sanitari)		<b>N. ore settimanali</b>	<b>Inquadramento</b> <input type="checkbox"/> In organico <input type="checkbox"/> Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive <input type="checkbox"/> da individuarsi (o individuato) mediante affidamento del servizio	<b>Modalità di assegnazione del personale alla funzione</b> (es. ordine di servizio, se in organico)
n.1 Direttore del Distretto o suo Delegato	ASL FG	18	In organico	o.d.s.
n.1 Infermiere Prof.le	ASL FG	18	In organico	o.d.s.
n.1 Terapista della riabilitazione	ASL FG	18	In organico	o.d.s.
n.1 Assistente Sociale professionale	ASL FG	18	In organico	o.d.s.
n.1 MMG/PLS	Convenzione ASL FG	A chiamata	A Convenzione del SSN	A chiamata
n.1 Psicologo	ASL FG	18	In organico	o.d.s.
n.1 Specialista ambulatoriale	Convenzione ASL FG	A chiamata	A Convenzione del SSN	A chiamata

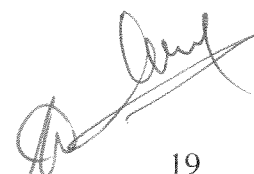


**Art. 15 – Il personale di riferimento per il funzionamento delle cure domiciliari**  
(punto 4 della Tabella al par. 2.3.B )

1. Le parti contraenti s'impegnano per il biennio 2015-2016 ad assicurare nel territorio di riferimento specifiche équipe 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 ADI/SAD**

<b>PERSONALE DI COMPETENZA DELL'AMBITO TERRITORIALE (ADI)</b>				
<b>Profilo professionale</b> <i>(si faccia riferimento ai parametri massimi dichiarati nelle Linee GUIDA PAC – II riparto)</i>	<b>Volume totale di hh di prestazione per anno</b>	<b>N. ore settimanali in totale</b> (num. hh medie x unità impiegate)	<b>Inquadramento</b> <input type="checkbox"/> In organico <input type="checkbox"/> Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive <input type="checkbox"/> da individuarsi (o individuato) mediante affidamento del servizio	<b>Specificare l'apporto al servizio ADI finanziato con le risorse PAC Servizi di Cura</b>
Assistente Sociale (n.2 a 36 ore)	3.168	72	Da individuarsi mediante affidamento del servizio	2.376
n.25 OSS	39.600	900	Da individuarsi mediante affidamento del servizio	15.840
Assistente familiare o altre figure ausiliarie				
Altre figure (specificare)				
<b>PERSONALE DI COMPETENZA DELL'AMBITO TERRITORIALE (SAD)</b>				
<b>Profilo professionale</b> <i>(si faccia riferimento ai parametri massimi dichiarati nelle Linee GUIDA PAC – II riparto)</i>	<b>Volume totale di hh di prestazione per anno</b>	<b>N. ore settimanali in totale</b> (num. Hh medie x unità impiegate)	<b>Inquadramento</b> <input type="checkbox"/> In organico <input type="checkbox"/> Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive <input type="checkbox"/> da individuarsi (o individuato) mediante affidamento del servizio	<b>Specificare l'apporto al servizio SAD finanziato con le risorse PAC Servizi di Cura</b>
n.1 Assistente Sociale	792	18	Da individuarsi mediante affidamento del servizio	468
n.6 OSS	9.500	216	Da individuarsi mediante affidamento del servizio	1.874
Assistente familiare o altre figure ausiliarie				
Altre figure (specificare): n.4 OTA/OSA	3.120	120	Da individuarsi mediante affidamento del servizio	3.120



PERSONALE DI COMPETENZA DELLA ASL (ADI)				
Profilo professionale	Volume totale di hh di prestazione per anno	N. ore settimanali in totale (num. Hh medie x unità impiegate)	Inquadramento <input type="checkbox"/> In organico <input type="checkbox"/> Da individuarsi (o individuato) mediante procedure selettive <input type="checkbox"/> da individuarsi (o individuato) mediante affidamento del servizio	Modalità di assegnazione del personale alla équipe (es. ordine di servizio, autorizzazione prestazioni aggiuntive, personale fornito da soggetto affidatario)
Medico specialista	ASL FG	A chiamata	Convenzione SSN	A chiamata
n.13 Infermieri	ASL FG	36	In organico e/o affidamento del servizio	o.d.s
n.25 OSS – Aiuto infermieristico	ASL FG	36	Affidamento del servizio con eventuale compartecipazione della Regione Puglia	o.d.s
Educatore Professionale (profilo sanitario)				
n.4 Terapista della riabilitazione	ASL FG	36	In organico e/o affidamento del servizio	o.d.s
Altre figure (specificare): Medico di Medicina Generale	ASL FG	Accessi domiciliari programmati (ADI)	Convenzione SSN	A chiamata

#### Art. 16 – Modalità di erogazione

1. 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), nonché al rispetto dei CCNL e di ogni altra normativa in materia di sicurezza e diritto dei lavoratori.
2. Le parti s'impegnano, altresì, a mantenere il coordinamento delle attività in capo al Distretto Socio-sanitario n. 59 della Asl di Foggia e la presa in carico congiunta Distretto Socio-sanitario-Ambito attraverso l'UVM anche nell'ipotesi di esternalizzazione del servizio.
3. Le parti si impegnano a perseguire l'obiettivo principale di erogare prestazioni socio assistenziali complementari all'ADI/CDI in misura da soddisfare i livelli di prestazioni socio assistenziali rispondenti al fabbisogno territoriale calcolato e condiviso dai Comuni dell'Ambito territoriale e dal Distretto sociosanitario delle ASL

#### Art. 17 - 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. 18 - 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**

#### **Art. 19 – Risorse e livelli di responsabilità (punto 2 della Tabella al par. 2.3.B )**

1. Il servizio di di cure domiciliari integrate (ADI) di primo e secondo livello comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale e sanitario, che si articolano per aree di bisogno, offerte dal Distretto sociosanitario 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. L'Ambito territoriale si impegna ad assicurare in primo luogo i livelli di prestazioni sociosanitarie-assistenziali complementari all'ADI/CDI rispondenti al fabbisogno territoriale, così come misurato e condiviso tra le parti, e solo successivamente finanziare prestazioni SAD a completamento di prestazioni rivolte alle persone anziane non autosufficienti non bisognosi di cure sanitarie intensive.
2. Il costo del servizio di cure domiciliari integrate (ADI) di primo e secondo livello 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 aiuto infermieristico e igiene e cura alla persona garantite dall'OSS, rimanendo a carico dei Comuni la rimanente quota del 50%. Le prestazioni continuative ed estensive (SAD) di assistenza tutelare alla persona garantite dall'OSS, in quanto prescritte dal PAI elaborato in sede di UVM, nonché le ulteriori prestazioni connesse all'igiene della persona e dell'ambiente domestico,

alla compagnia e alla preparazione pasti sono al 100% a carico dei Comuni, in quanto prestazioni a valenza socioassistenziale.

3. Il servizio di cure domiciliari integrate (ADI) di terzo livello è di esclusiva competenza sanitaria, anche con riferimento alla figura OSS aiuto infermieristico, attesa la specificità delle prestazioni sanitarie erogate e in ossequio a quanto previsto dall'intesa Stato-Regioni in materia di nuovi LEA domiciliari.
4. Il costo del servizio di cure domiciliari integrate (ADI) di terzo livello trova copertura a carico della Servizio Sanitario regionale al 100% per le prestazioni sanitarie, infermieristiche, riabilitative, di farmaceutica e protesica nonché per le prestazioni aiuto infermieristico e igiene e cura alla persona garantite dall'OSS. Eventuali altre prestazioni a carattere sociosanitario-assistenziale prescritte dall'UVM a completamento del PAI restano a totale carico del Comune.
5. Per il biennio di riferimento del presente accordo, le parti che lo sottoscrivono conferiscono le risorse come di seguito indicate:

Responsabilità finanziaria	2015 (II semestre)	2016	2017 (I semestre)
ASL	€ 245.500,00 (pari a 0,7% del totale spesa sanitaria)	€ 701.000,00 (pari a 1,0% del totale spesa sanitaria)	€ 420.000,00 (pari a 1,2% del totale spesa sanitaria)
Comuni (risorse PdZ)	€ 239.895,51	€ 479.895,51	€ 240.000,00
Comuni ( <b>risorse PAC</b> )	€ 253.689,07	€ 283.154,89	€ 0,00
Eventuale compartecipazione degli utenti	€ 95.916,00	€ 152.609,00	€ 48.000,00

Le risorse indicate per le annualità successive al 2015 potranno essere oggetto di ulteriori intese in relazione alla progressiva e ulteriore definizione della programmazione regionale del FSR (DIEF) e degli Ambiti territoriali (FNA, FNPS, altre risorse comunali).

#### Art. 20 - 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, come certificate dall'ISEE, in relazione a quanto disciplinato dalla normativa nazionale vigente nonché dall'art. 6 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i., nonché sulla base delle ulteriori determinazioni assunte dal regolamento unico di Ambito per la compartecipazione al costo delle prestazioni<sup>11</sup> ovvero da altri Soggetti pubblici erogatori, in relazione alla strategia di promozione dei servizi domiciliari integrati sul territorio pugliese.

<sup>11</sup> Si noti che il Regolamento Unico di Ambito, alla luce dell'entrata in vigore del DPCM n. 159/2013 dovrà essere riformulato e approvato dall'Ambito territoriale in applicazione del novellato art. 6 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i..

## **TITOLO V**

### **NORME DI CARATTERE GENERALE**

#### **Art. 21 - Rapporti con il volontariato**

1. Il Servizio Sociale dell'Ambito Territoriale favorisce la collaborazione con le organizzazioni di volontariato presenti nel territorio, quale importante supporto alla realizzazione delle proprie finalità. Il volontariato non può in alcun caso essere considerato sostitutivo del servizio ma integrativo dello stesso.
2. L'Ambito territoriale può stipulare apposite convenzioni o accordi con le Associazioni di volontariato locali che vadano a definire progetti specifici a completamento dei servizi di cura domiciliari affidati alle imprese e cooperative sociali previa ordinaria esecuzione della procedura di gara, nel rispetto della normativa vigente.

#### **Art. 22 - Forme di garanzia per gli utenti**

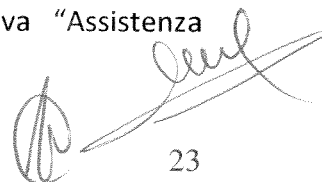
1. Nell'organizzazione del Servizio e delle prestazioni dovranno essere tenuti in considerazione i seguenti elementi:
  - salvaguardia della dignità e dell'autonomia dell'utenza
  - rispetto del diritto alla riservatezza
  - coinvolgimento degli utenti e dei familiari alla gestione del Servizio.
2. Le 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. 23 - 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 preposti si fa riferimento ai SI. GE.CO. proposto in formato di definitivo da parte dei soggetti pubblici interessati.

#### **Art. 24 - 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 (Area applicativa "Assistenza Domiciliare").



#### **Art. 25 - Durata e validità dell'Accordo di programma**

1. Il presente Accordo di programma integrativo decorre dalla sua sottoscrizione e ha validità fino al 30.06.2017. 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 TROIA  
Il Sindaco del Comune di Troia  
Avv. Leonardo Cavalieri



PER IL DISTRETTO SOCIOSANITARIO N. 59 DELLA ASL DI FOGGIA  
Il Direttore del Distretto  
Dott. Michele Urbano

