



**REGIONE  
PUGLIA**



*Il presente allegato si compone di n. \_\_\_\_ (venticinque) pagg.,  
inclusa la presente copertina.*

## **INDICE**

## Introduzione

### Obiettivi del documento

Le Linee Guida Regionali per le Cure Domiciliari rappresentano uno strumento strategico per l'organizzazione della rete della *domiciliarità* dell'assistenza. Sono rivolte alle AA.SS.LL., che le applicano attraverso i Distretti SocioSanitari, ed ai Comuni, associati in Ambiti Territoriali.

Una più corretta ed efficace gestione della rete domiciliare integrata passa attraverso azioni coordinate sia del sistema delle Autonomie Locali che dell'Assistenza Distrettuale in capo al Servizio Sanitario Regionale: l'incremento dell'indicatore LEA e Obiettivo di Servizio (S.06) in merito alla copertura del servizio ADI rispetto alla popolazione target degli ultra65enni cresce sia se si incrementa il volume complessivo delle ore di prestazioni domiciliari integrate, sia se nelle sedi competenti la presa in carico di persone non autosufficienti è svolta correttamente e tracciata nel sistema informativo sanitario regionale altrettanto correttamente.

Le Linee Guida nascono, quindi, dall'esigenza di fornire direttive alle AA.SS.LL. e ai Comuni capaci di delineare modalità omogenee di organizzazione e di erogazione delle prestazioni domiciliari integrate che siano più efficienti ed efficaci rispetto a quanto sin qui manifestato dal sistema delle cure domiciliari in essere nei diversi territori, e questo mediante una puntuale definizione dei profili di cura, dei percorsi socio-sanitari delle Cure Domiciliari, per tutti i livelli di intensità assistenziale, dei percorsi di accesso, della valorizzazione economica delle prestazioni erogate.

Le presenti Linee Guida completano ed integrano le Linee Guida Regionali, approvate con Deliberazione della Giunta Regionale del 12 aprile 2011 n. 691, relative all'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari.

L'obiettivo generale, pertanto, è quello di uniformare, su tutto il territorio regionale, il sistema della presa in carico domiciliare in modo da esercitare le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.

Gli obiettivi specifici sono, in sintesi:

- favorire l'armonizzazione delle prestazioni fornite da tutti i Distretti SocioSanitari del territorio regionale, in modo tale da garantire a tutti i fruitori la medesima qualità di trattamento e servizio;
- rappresentare un riferimento per tutti gli operatori coinvolti;
- costituire strumento di verifica, monitoraggio e confronto utile anche per il miglioramento della qualità del servizio erogato.
- diffondere la cultura delle cure domiciliari attraverso la tutela del paziente "fragile" e la capacità di supportare la famiglia con interventi coordinati e razionalizzati.
- riqualificare e sviluppare le cure domiciliari attraverso la definizione dei compiti e delle responsabilità degli operatori coinvolti;
- realizzare una forte integrazione tra i soggetti istituzionali e non (le Strutture delle Aziende Sanitarie Locali, i Servizi Sociali dei Comuni, le famiglie e le organizzazioni del Terzo Settore) che esercitano un ruolo importante nell'erogazione delle cure domiciliari;

- fornire criteri omogenei su tutto il territorio regionale e per tutti i possibili soggetti committenti (AA.SS.LL., Comuni, famiglie) per la valorizzazione economica delle prestazioni domiciliari di che trattasi.

**Lo scenario di riferimento, evoluzione del contesto regionale e opportunità di sviluppo per le Cure Domiciliari**

L'aumento dell'aspettativa di vita, l'invecchiamento anagrafico della popolazione, l'incremento della incidenza delle patologie cronico-degenerative, l'evoluzione del concetto di "salute" intesa come benessere ambientale, fisico, psichico e sociale, assieme ad una domanda sempre più consapevole dei cittadini, hanno imposto un aumento degli standard qualitativi dell'offerta di assistenza sanitaria per una più efficace presa in carico delle non autosufficienze.

L'esigenza di garantire e qualificare l'Assistenza Domiciliare è dettata, inoltre, dagli obiettivi di servizio assegnati alle Regioni dalla Commissione per i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La popolazione anziana residente in Puglia è di circa 816.000 unità (fonte ISTAT al 01.01.2014), di cui quasi la metà ha superato i 75 anni di età (cosiddetti "grandi anziani"); nell'ambito della popolazione target dei grandi anziani preoccupa la dinamica degli ultra85enni che negli ultimi 10 anni è cresciuta in termini numerici di circa il 80%.

Si riporta il dettaglio dei dati nelle singole ASL pugliesi con riferimento al quadriennio 2010-2014:

**ANNO 2014**

**Azienda**

**Anno**

**Casi trattati**

**Casi trattati – anziani**

**Utenti in lista di attesa**

**Popolazione =>65 anni**

**% in ADI =>65 anni**

**BR**

2014  
3.528  
2.839

83.379  
3,40%

**TA**

2014  
4.882  
3.858

117.991  
3,27%

**BT**

2014  
1.464  
1.313

68.554  
1,92%

<b>BA</b>		2014
		5.109
		3.053
		244.514
		1,25%
<b>FG</b>		2014
		4.397*
		3.985*
		124.396
		3,20%
<b>LE</b>		2014
		4.881
		4.058
		177.672
		2,28%
<b>Regione</b>		24.261
		19.106
		816.496
		2,34%

**ANNO 2013**

**Azienda**

**Anno**

**Casi trattati**

**Casi trattati – anziani**

**Utenti in lista di attesa**

**Popolazione =>65 anni**

**% in ADI =>65 anni**

<b>BR</b>		2013
		3.307
		2.661
		0
		80.512
		3,30%
<b>TA</b>		2013
		5.272
		4.166
		10
		113.168

					3,68%
<b>BT</b>					
				2013	
				1.657	
				1.486	
				84	
					66.208
					2,24%
<b>BA</b>					
				2013	
				4.547	
				2.717	
				72	
					235.685
					1,15%
<b>FG</b>					
				2013	
				4.050	
				3.670	
				250	
					120.361
					3,36%
<b>LE</b>					
				2013	
				4.263	
				3.544	
				8	
					172.264
					2,06%
<b>Regione</b>					
				2013	
				23.066	
				18.224	
				441	
					778.168
					2,31%

**ANNO 2012**

**Azienda**

**Anno**

**Casi trattati**

**Casi trattati – anziani**  
**Utenti in lista di attesa**

**Popolazione =>65 anni**  
**% in ADI =>65 anni**

**BR**

2012  
2.874  
2.321  
0

79.447  
2,92%

**TA**

2012  
4.734  
3.182  
53

110.463  
2,88%

**BT**

2012  
1.268  
1.151  
217

64.428  
1,79%

**BA**

2012  
4.443  
3.105  
62

229.712  
1,35%

**FG**

2012  
4.020  
3.650  
370

118.172  
3,09%

LE

2012  
4.143  
3.655  
76

168.964  
2,16%

Regione

2012  
21.482  
17.064  
778

771.186  
2,21%

**ANNO 2011**

**Azienda**

**Anno**

**Casi trattati**

**Casi trattati – anziani**

**Utenti in lista di attesa**

**Popolazione =>65 anni**

**% in ADI =>65 anni**

BR

2011  
2.737  
2.133  
0

76.257  
2,80%

TA

2011  
4.208  
2.995  
78

104.332  
2,87%

BT

2011  
1.132  
1.049



	245
	60.725
	1,73%
<b>BA</b>	2011
	3.245
	1.767
	92
	216.903
	0,81%
<b>FG</b>	2011
	3.950
	3.645
	239
	115.010
	3,17%
<b>LE</b>	2011
	4.364
	3.528
	28
	162.297
	2,17%
<b>Regione</b>	2011
	19.636
	15.117
	682
	735.524
	2,06%

**ANNO 2010**

**Azienda**

**Anno**

**Casi trattati**

**Casi trattati – anziani**

**Utenti in lista di attesa**

**Popolazione =>65 anni**

**% in ADI =>65 anni**

**BR**

2010  
3.078  
2.457  
0

76.257  
3,22%

**TA**

2010  
2.889  
2.313  
86

104.332  
2,22%

**BT**

2010  
1.062  
995  
231

60.725  
1,64%

**BA**

2010  
3.023  
1.493  
165

216.903  
0,69%

**FG**

2010  
3.710  
3.515  
250

115.010  
3,06%

**LE**

2010  
3.423  
2.658  
30

162.297

1,64%

## Regione

2010

17.185

13.431

762

735.524

1,83%

\*Il dato 2014 è stimato, dal momento che per la ASL FG non sono ancora stati consegnati i Modelli FLS21 di due Distretti sociosanitari e si è proceduto stimandone il dato assumendo la proiezione dell'andamento regionale.

Dalla lettura dei dati in serie storica 2010-2014 si evidenzia un trend sostanzialmente positivo sia in termini assoluti che in termini percentuali: a fronte di una popolazione anziana che in 4 anni passa da 735.524 unità a 816.496 unità di ultra65enni, con un incremento demografico superiore all'11%, si registra un incremento di persone anziane non autosufficienti prese in carico con ADI che passa da 13.431 unità a 19.106 unità, il che corrisponde ad un incremento relativo di circa il 42%.

Questo incremento non può, in ogni caso, far sottacere che la Puglia è ancora indietro rispetto all'obiettivo di servizio nazionale (S.06) fissato a 3,5 % di anziani presi in carico con ADI, conseguendo nel 2014 il 2,34%, ma anche questo dato va letto rispetto ad una media nazionale che raggiunge il 4,3% anche per effetto di valori outliers come quelli dell'Emilia Romagna (11.9%) e l'Umbria (7.9).

Un altro dato particolarmente positivo che contrassegna le prestazioni domiciliari integrate erogate in Puglia è la durata media delle prestazioni complessive fruite dagli utenti presi in carico: il periodico studio tematico del Network Non Autosufficienza (NNA) restituisce nel rapporto 2012<sup>1</sup> un indicatore di "ore anno ADI per utente anziano" che per la Puglia è pari a 43 ore/anno a fronte di un dato medio nazionale che non supera le 20 ore/anno.

Con riferimento a quest'ultimo indicatore va subito rilevato che, per quanto positivo possa apparire l'indicatore di estensione media delle prestazioni domiciliari, tuttavia è evidente che:

- 1) le prestazioni domiciliari integrate erogate sulla base del PAI redatto in sede di UVM con spesa sanitaria del SSR integrata dalla spesa comunale e/o dell'utente non assicurano certo una presa in carico adeguata sia agli obiettivi di cura sanitaria che agli obiettivi di assistenza sociosanitaria (pulizia della persona, igiene, alimentazione, assistenza materiale) né agli obiettivi di conciliazione di vita e di lavoro per gli altri componenti del nucleo familiare in cui l'anziano fragile vive;
- 2) l'indicatore utilizzato per il monitoraggio LEA e dell'obiettivo di servizio non tiene conto dell'intero fabbisogno di assistenza di una persona non autosufficiente, ma solo delle prestazioni sanitarie

<sup>1</sup> [http://www.maggioli.it/ma/2012/pdf/rapporto2012-assistenza\\_anziani.pdf](http://www.maggioli.it/ma/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf) (pagg. 17 e segg.)

erogate presso il domicilio del paziente, con l'integrazione di quel minimo di ore che in UVM sono assegnate a complemento delle prestazioni sanitarie;

- 3) il potenziamento della rete delle CDI deve essere rivolto sia alla estensione della copertura sulla popolazione target, sia al potenziamento dei PAI come capacità di presa in carico che renda veramente il percorso ADI alternativo al ricovero in struttura residenziale sociosanitario, quando ne ricorrano le condizioni.

## **CAPITOLO PRIMO**

### **LE CURE DOMICILIARI**

#### **Definizione**

Le norme nazionali, i Regolamenti e le linee di indirizzo ministeriali sviluppano modelli di riorganizzazione e ridefiniscono le Cure Domiciliari. Il documento ministeriale "La nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare" (Ministero della Salute, 2006) riorganizza e ridefinisce le cure domiciliari.

Si tratta di un setting assistenziale garantito ed erogato al domicilio dell'assistito, in modo continuativo e con una intensità rapportata alla natura ed alla complessità del bisogno a cui dare risposta appropriata.

Le Cure Domiciliari si differenziano in interventi basati su prestazioni, che non necessitano di "integrazione" e valutazione multidimensionale, dalle Cure Domiciliari Integrate.

Per Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) si intende un complesso di prestazioni e di interventi, definiti nel Piano Assistenziale Individuale (PAI), rivolti a persone che necessitano, in modalità programmata, di cure e di assistenza a lunga persistenza.

Le prestazioni erogate all'interno dell'Assistenza Domiciliare Integrata possono essere:

1. di tipo sanitario, nel qual caso il PAI è redatto, a seguito di valutazione effettuata esclusivamente da professionisti sanitari;
2. di tipo sociosanitario, nel qual caso il PAI è redatto a cura dei componenti dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), a seguito di valutazione multidimensionale, in quanto valuta aspetti sanitari e sociali, e multiprofessionale, in quanto coinvolge nella valutazione professionisti sia sanitari che sociali.

L'aggettivo "Integrata", in rapporto all'Assistenza Domiciliare, è da intendersi secondo due precise accezioni:

- **Integrata sanitaria** che prevede prestazioni erogate a domicilio da più figure professionali afferenti al Servizio Sanitario;
- **Integrata socio-sanitaria** che prevede prestazioni erogate a domicilio sia da figure professionali afferenti al Servizio Sanitario che da figure professionali afferenti ai Servizi Sociali.

Il documento ministeriale suddivide le Cure Domiciliari in tre tipologie:

1. **Assistenza Domiciliare di tipo Prestazionale;**
2. **Assistenza Domiciliare Integrata di Primo Livello, Secondo Livello e Terzo Livello;**
3. **Cure Palliative per malati oncologici e pazienti terminali.**

**L'Assistenza Domiciliare di tipo Prestazionale** comprende prestazioni sanitarie occasionali o a ciclo programmato:

- Assistenza Domiciliare Programmata del MMG/PLS (ADP);

- Prestazioni specialistiche occasionali;
- Prestazioni infermieristiche;
- Prestazioni riabilitative.

Tale tipologia è richiesta dal MMG/PLS del paziente, costituisce una risposta prestazionale, anche ripetuta nel tempo e professionalmente qualificata, ad un bisogno semplice che, pertanto, non richiede una valutazione multidimensionale.

Viene attivata nei casi in cui il paziente presenti limitazioni funzionali che rendono difficoltosi o impossibili i suoi accessi ai servizi ambulatoriali.

Le prestazioni possono essere di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo.

**L'Assistenza Domiciliare Integrata di primo, secondo e terzo livello** si rivolge a persone con bisogni complessi che necessitano di continuità assistenziale e di interventi pianificati, definiti nel Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Dette cure richiedono una molteplicità di prestazioni di tipo medico generico, medico-specialistico, infermieristico, riabilitativo, nonché di assistenza farmaceutica e protesica.

Si tratta di un complesso di prestazioni, integrate tra loro e definite nel PAI.

Tali prestazioni sanitarie possono essere integrate da ulteriori attività erogate da altre figure professionali, necessarie per soddisfare i bisogni specifici dell'assistito.

La stesura del PAI è sempre frutto di un processo di valutazione multidisciplinare e multi professionale.

Il Medico di Medicina Generale e il Pediatra di Libera Scelta hanno un ruolo centrale in quanto assumono la responsabilità clinica del processo di cura.

**L'Assistenza Domiciliare Integrata di primo livello** si articola su 5 giorni su 7 (dal lunedì al venerdì), nella fascia oraria 08.00 – 20.00, con una operatività del servizio di 8 ore al giorno;

**L'Assistenza Domiciliare Integrata di secondo livello** si articola su 6 giorni su 7 (dal lunedì al sabato), nella fascia oraria 08.00 – 20.00, con una operatività del servizio di 10 ore al giorno, dal lunedì al venerdì, e 6 ore il sabato;

**L'Assistenza Domiciliare Integrata di terzo livello** si articola sui 7 giorni su 7, nella fascia oraria 08.00 – 20.00, con una operatività del servizio di 10 ore al giorno, dal lunedì al venerdì, e 6 ore il sabato e i festivi.

Nella fascia oraria dalle 8.00 alle 20.00 è prevista la pronta disponibilità medica.

L'assistenza di terzo livello consiste in interventi professionali rivolti a persone che generalmente presentano dei bisogni caratterizzati da un livello di complessità particolarmente elevato e:

- che necessitano di nutrizione artificiale enterale e parenterale;
- che necessitano di supporto ventilatorio invasivo;
- in stato vegetativo e stato di minima coscienza;

- in fase avanzata e complicata di malattie cronico- degenerative e/o progressive.

**Le Cure Domiciliari Palliative per malati terminali oncologici e non**, sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità erogata da una équipe in possesso di specifiche competenze e sono articolate 7 giorni su 7, nella fascia oraria dalle 8.00 alle 20.00, con una operatività del servizio di 10 ore al giorno, dal lunedì al venerdì, e 6 ore il sabato e i festivi, con servizio di pronta disponibilità nelle 24 ore.

In attuazione dell'Intesa C.U. del 25 luglio 2012, relativa all'organizzazione della rete di assistenza ai malati in fase terminale (hospice, day hospice, assistenza ambulatoriale, assistenza domiciliare specialistica) - e coerentemente con le prescrizioni del Piano regionale di Salute, che dispone l'articolazione della rete in Unità Operative di Cure Palliative - la Regione Puglia, con il supporto del Tavolo Tecnico regionale Cure Palliative, è impegnata parallelamente nella definizione di un apposito atto organizzativo, cui si fa doveroso rinvio per le modalità organizzative che saranno definite anche per le cure domiciliari integrate per le cure palliative in favore dei malati terminali.

Le Cure Domiciliari Integrate di primo, secondo, terzo livello e palliative sono più dettagliatamente descritte nel Cap.III delle presenti Linee Guida.

Le prestazioni di tipo sociosanitario e socioassistenziale che possono essere integrate con quelle di tipo sanitario sono disciplinate dagli artt. 87-88<sup>2</sup> del Regolamento Regionale n. 4/2007 e ss.mm.ii..

Alle "Cure Domiciliari" sanitarie si affiancano i **servizi domiciliari a valenza socio assistenziale**, di cui all'art. 87 del Regolamento Regionale n. 4/2007 e s.m.i., identificati come **SAD**, dichiarati "obiettivi di servizio" nella programmazione sociale regionale a valere sulle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali e del Fondo Nazionale non Autosufficienza - Servizi di Cura per i Piani Sociali di Zona dei Comuni associati, nonché altri servizi alla persona.

Tali prestazioni contribuiscono a costruire un pacchetto di interventi, sulla base di una valutazione del bisogno sociale, per la realizzazione di un progetto personalizzato mirato a sostenere la persona non autosufficiente nel suo conteso di vita, evitando l'istituzionalizzazione, consentendo loro una soddisfacente vita di relazione e sollevando le famiglie dal carico di cura.

Tali prestazioni si articolano per aree di bisogno in assistenza domiciliare per minori e famiglie, assistenza domiciliare per diversamente abili, assistenza domiciliare per anziani.

Sono prestazioni di assistenza domiciliare quelle di aiuto alla persona nello svolgimento delle normali attività quotidiane, di sostegno alla funzione educativa genitoriale ed alla mobilità personale, ovvero le attività di trasporto ed accompagnamento per persone anziane e non autosufficienti.

---

<sup>2</sup> Si faccia riferimento al novellato art. 88 del Reg. R. n. 4/2007 per effetto della Del. G.R. n. 422 del 11.03.2015 e successivi adempimenti per l'approvazione del nuovo regolamento regionale.

Rientrano, inoltre, anche le prestazioni di aiuto per famiglie che hanno compiti di accoglienza e di cura a persone diversamente abili fisici, psichici e sensoriali e di altre persone in difficoltà, di minori in affidamento, di anziani.

È opportuno precisare che possono fruire di prestazioni SAD a totale carico dei Comuni, in quanto trattasi di spesa sociale, con la eventuale compartecipazione degli utenti, anche quei pazienti che il SSR ha in carico per la erogazione di prestazioni sanitarie domiciliari quali l'Assistenza Domiciliare Riabilitativa (ADR), l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), l'Assistenza Domiciliare Oncologica (ADO) o per le Cure Palliative, e i cui PAI sono attuabili a condizione che presso il domicilio la persona anziana riceva anche prestazioni di assistenza alla persona per l'igiene della persona e della casa, per assistere nell'alimentazione e nelle terapie farmacologiche dispensate oralmente, per l'assistenza materiale. Si tratta di prestazioni ex art. 87 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i. e che possono essere oggetto di programmazione a valere sulle risorse del PAC Servizi di cura, a condizione che siano rispettati tutti gli altri requisiti richiamati dalle Linee Guida approvate dall'AdG PAC (Ministero dell'Interno) il 26 gennaio 2015 e a condizione che le ASL e i Comuni si impegnino a far convergere la valutazione del caso di rispettiva competenza in sede di UVM con la elaborazione di PAI integrati, superando le prassi fin qui consolidate.

Queste prestazioni, di esclusiva titolarità sociale, arricchiscono e sostengono il percorso della "assistenza domiciliare" permettendo alle UU.VV.MM. di costruire un PAI finalizzato al mantenimento della persona presso il proprio domicilio ed al miglioramento della qualità di vita.

Per le prestazioni sociosanitarie (non aiuto-infermieristico), la titolarità del procedimento amministrativo, per l'acquisizione delle prestazioni, può essere dei Comuni dell'Ambito Territoriale, delle AA.SS.LL., oppure mista Comuni e AA.SS.LL., secondo gli accordi sottoscritti in sede di programmazione, e comunque con la compartecipazione finanziaria prescritta per i diversi livelli.

Le prestazioni possono essere gestite in forma diretta, in economia o in affidamento a terzi, attraverso le forme previste dalla normativa vigente. Inoltre le prestazioni socioassistenziali prescritte dal PAI anche in ottica di conciliazione e per il potenziamento delle dimensioni di continuità e qualità dell'assistenza domiciliare ai pazienti senza il necessario supporto familiare, i Comuni possono far ricorso anche all'acquisto di prestazioni con lo strumento del "buono servizio" per sostenere il pagamento delle prestazioni medesime da parte dei cittadini, che scelgono il soggetto erogatore dall'apposito Catalogo regionale dell'offerta.

## **Obiettivi delle Cure Domiciliari**

Gli obiettivi specifici del sistema delle Cure Domiciliari sono:

- a) fornire adeguata assistenza a persone che presentano bisogni di tipo sanitario o socio-sanitario, suscettibili di trattamento domiciliare, limitando l'inserimento in strutture residenziali ed evitando i ricoveri ospedalieri impropri;
- b) favorire la permanenza a domicilio delle persone non autosufficienti, perseguendo il recupero o la conservazione delle residue capacità di autonomia e di relazione;



- c) rendere tempestive le dimissioni ospedaliere ed assicurare la continuità assistenziale attraverso lo strumento della "dimissione protetta" e della "dimissione programmata". A tal fine i reparti di degenza ospedalieri devono dotarsi di uno strumento che individui, già all'ammissione dei pazienti in reparto, chi necessita della "dimissione protetta" e della "dimissione programmata" (ad esempio la scala di valutazione "Blaylock Risk Assessment Screening" - BRASS);
- d) supportare i "caregiver" e trasmettere loro competenze da tradurre in autonomia di intervento.

### **Titolari delle funzioni assistenziali e responsabilità di spesa**

Nell'ADI sono soggetti titolari delle funzioni assistenziali come da DPCM 29.11.2001:

1. la ASL, per il tramite del Distretto Socio Sanitario, con riferimento alle prestazioni sanitarie domiciliari (100%) ed alle prestazioni socio-assistenziali di assistenza tutelare<sup>3</sup> ad elevata integrazione socio-sanitaria - ADI (50%);
2. i Comuni, associati in Ambiti Territoriali con riferimento alle prestazioni sociali domiciliari - SAD (100%) ed alle prestazioni socio-assistenziali di assistenza continuativa ed estensiva ad elevata integrazione socio-sanitaria - ADI (50%).

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 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 utilizza le risorse del PAC - Servizi di Cura - Anziani - II riparti in primo luogo per soddisfare i livelli di prestazioni socio assistenziali complementari all'ADI/CDI rispondenti al fabbisogno<sup>4</sup> 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.

Il costo del servizio di cure domiciliari (ADI) di primo e secondo livello 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 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, 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.

---

<sup>3</sup> DPCM del 23 aprile 2008, art. 22.

<sup>4</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.

Il servizio delle CDI 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. Eventuali altre prestazioni a carattere sociosanitario-assistenziale ovvero prestazioni di aiuto personale e di assistenza tutelare prescritte dall'UVM a completamento del PAI restano a totale carico del Comune e sono classificate sempre come ADI.

Con riferimento alle risorse finanziarie a copertura della spesa per le cure domiciliari integrate si specifica che:

- i Comuni utilizzano le risorse ordinariamente assegnate all'Obiettivo di Servizio ADI nella programmazione sociale del Piano Sociale di Zona del rispettivo Ambito territoriale:
  - a) FNA
  - b) FNPS
  - c) Risorse proprie comunali  
nonché le risorse aggiuntive e straordinarie di fonte nazionale e comunitaria assegnate agli obiettivi del potenziamento dell'offerta di servizi domiciliari, della accessibilità dei servizi e della qualità della vita:
  - d) FSC 2007-2013 Obiettivi di Servizio (Del. CIPE n. 79/2012)
  - e) PAC Servizi di Cura – Anziani – Ie II riparto
  - f) POR Puglia 2014-2020 – FSE – OT IX – quota assegnata all'implementazione dei buoni servizio di conciliazione per l'accessibilità dei servizi per persone non autosufficienti;
- le ASL utilizzano quota parte delle risorse del FSR assegnate all'assistenza sanitaria territoriale, assumendo a riferimento la spesa storica consolidata (ultimo dato di riferimento 2013) per il costo del personale e per il costo della acquisizione di beni e servizi, che è a livello regionale pari allo 0,7 % del totale della spesa sanitaria dell'anno, e programmano le CDI assumendo l'obiettivo di incremento del volume di prestazioni erogate e di capacità di presa in carico con corrispondente incremento della spesa fino all'1 % del totale della spesa sanitaria nel 2016 e all'1,2 % del totale della spesa sanitaria nel 2017.

## **I profili dei destinatari**

Le Cure Domiciliari sono dirette a tutte le persone iscritte al Servizio Sanitario della Regione Puglia.

Ordinariamente vengono erogate dalla ASL per il tramite del Distretto SocioSanitario di residenza, ma la persona può usufruirne anche se domiciliata in altra ASL o Distretto. Fermo restando le forme di compensazione interaziendali e interregionali (se tariffate).

I profili/tipologie sanitarie delle persone a cui destinare le Cure Domiciliari sono:

- anziani con malattie croniche e/o multimorbilità invalidanti e/o con stato di salute instabile ("anziani fragili");
- adulti e minori disabili psichici e fisici in condizioni di complessità assistenziale;
- persone affette da malattie cronico-degenerative progressivamente invalidanti;

- malati terminali (oncologici e non);
- persone con patologie temporaneamente invalidanti.

**In base alla specifica condizione clinico-funzionale ed al conseguente livello di intensità di cura e di assistenza, a ciascun profilo di paziente deve corrispondere l'attribuzione ad un profilo assistenziale ricompreso in uno dei livelli di CURE DOMICILIARI descritti in precedenza.**

## CAPITOLO SECONDO

### IL PERCORSO DI PRESA IN CARICO E L'ATTUAZIONE DEL P.A.I.

#### **Accesso alle cure domiciliari integrate sanitarie e sociosanitarie**

La segnalazione o la domanda relativa alle cure domiciliari, se integrate con il Sociale, viene presentata alla Porta Unica di Accesso (PUA) alla quale è attribuita la competenza di effettuare una prima valutazione della richiesta.

La valutazione finale dell'ammissibilità della domanda è di competenza dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), un'équipe multi professionale, composta da figure professionali sia sanitarie che sociali, con competenze specifiche in funzione dei bisogni.

In caso di cure non integrate con il sociale la valutazione verrà effettuata da una équipe esclusivamente sanitaria, in cui non è presente l'operatore sociale dell'Ambito o del Comune.

Le condizioni di accesso al sistema delle cure domiciliari sono rappresentate da:

- compatibilità delle condizioni cliniche con la permanenza a domicilio e con gli interventi socio-sanitari necessari;
- presenza di un'adeguata assistenza informale (familiari, volontari, ecc.) necessaria a garantire il supporto allo svolgimento delle attività quotidiane ad integrazione delle prestazioni degli operatori;
- presa in carico da parte del MMG/PLS (garanzia degli accessi concordati, pronta disponibilità telefonica dalle 8 alle 20, ove prevista);
- idonee condizioni abitative, da valutare a cura dei Servizi Sociali del Comune di riferimento;
- consenso informato da parte della persona o dal suo tutore, curatore o amministratore di sostegno ove esistenti.

#### **Richiesta di accesso all'assistenza domiciliare e cure palliative integrate sociosanitarie**

La necessità di assistenza domiciliare e cure palliative integrate con il sociale può essere oggetto di segnalazione alla PUA da parte:

- del singolo cittadino;
- di un familiare, parente o componente della rete informale (es. vicinato);
- del tutore giuridico, curatore o amministratore di sostegno ove esistenti;
- del MMG/PLS o dei Servizi distrettuali, ospedalieri e dipartimentali territoriali o dei Servizi Sociali del Comune/Ambito territoriale;
- del medico della struttura residenziale sanitaria o socio-assistenziale;
- delle associazioni di volontariato, cooperative sociali.

L'assistenza domiciliare e cure palliative integrate con il sociale non possono essere attivate a seguito della sola segnalazione, ma necessità di essere perfezionata da una richiesta che deve essere avanzata dalla persona interessata o dal suo tutore, curatore o amministratore di sostegno ove esistenti, preferibilmente su specifico modello.

La richiesta deve essere corredata dalla proposta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta o del Medico Ospedaliero in caso di dimissione protetta.

Ove il soggetto proponente l'assistenza non sia il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta è comunque necessaria l'adesione degli stessi alla proposta.

### **Richiesta di accesso all'assistenza domiciliare integrata sanitaria e cure palliative**

**L'accesso all'assistenza domiciliare sanitaria e cure palliative avviene previa presentazione della richiesta da parte della persona al servizio distrettuale Cure Domiciliari ed Assistenza Intermedia.**

La richiesta, come nel caso precedente, deve essere avanzata dalla persona interessata o dal suo tutore, curatore o amministratore di sostegno ove esistenti, preferibilmente su specifico modello.

Deve essere, inoltre, corredata dalla proposta del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta o del Medico Ospedaliero in caso di dimissione protetta.

Ove il soggetto proponente l'assistenza non sia il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta è comunque necessaria l'adesione degli stessi alla proposta.

### **Il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)**

Il PAI deve definire esplicitamente e in maniera analitica, in rapporto ai bisogni accertati, la tipologia di servizi e prestazioni sanitarie e sociali da erogare, le modalità di erogazione, le figure professionali impegnate, la tipologia degli interventi e la periodicità dei singoli accessi .

Nel PAI deve essere dettagliato il piano di lavoro che l'Equipe dei curanti svolgerà nel percorso di assistenza domiciliare.

Il PAI definisce e riporta in maniera puntuale per il trattamento del caso:

- gli obiettivi di salute da conseguire;
- le figure professionali impegnate;
- la quantità, la modalità, la frequenza e la durata di ogni tipologia di intervento/prestazione, necessari al raggiungimento degli obiettivi di salute previsti (il numero di accessi MMG/PLS, le consulenze specialistiche programmate, il numero di ore giornaliere e settimanali dei diversi professionisti dell'equipe domiciliare);
- la fornitura dei presidi sanitari;
- gli strumenti ed i tempi per il monitoraggio e per la valutazione del piano (risultati osservati in relazione ai risultati attesi);
- le attività del referente familiare (care giver);

- la data di avvio e la durata del progetto, con la previsione di una eventuale verifica intermedia e finale in relazione al raggiungimento degli obiettivi;
- l'ammissibilità a forme di beneficio economico (Buoni servizio/Assegno di cura);
- il consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o del tutore giuridico, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.

Qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi in base ai quali è stato elaborato il PAI (condizioni cliniche ed ambientali, bisogni, preferenze, menomazioni, abilità-disabilità residue e di risorse, aspettative, priorità etc.), esso deve essere modificato, adattato e nuovamente condiviso con il care giver e acquisito un nuovo consenso informato e comunicato agli operatori.

Copia del PAI è conservata presso il D.S.S. in un fascicolo personale, nel quale è conservata tutta la documentazione relativa all'assistito (proposta di ammissione, certificazioni, schede di valutazione, scheda domiciliare, revisioni del progetto, ecc.) nel rispetto della normativa sulla privacy (D.lgs 196/2003). Copia dello stesso Piano è consegnata all'assistito o al suo care giver.

L'équipe è specifica e variabile per ogni singolo caso ed è costituita da tutti gli operatori del pubblico e del privato che provvedono all'attuazione del PAI. Essa è pertanto costituita dagli operatori che si prendono cura a livello domiciliare del paziente e della sua famiglia; è coordinata in genere dal MMG/PLS per la parte sanitaria e dall'assistente sociale dell'ambito territoriale per la parte sociale.

La stessa équipe dovrà disporre di una Scheda Domiciliare Integrata, che deve rimanere a domicilio dell'assistito, nella quale devono essere riportati tutti gli interventi (prestazioni, trattamenti, ecc.) fino a chiusura del caso e quindi consegnata al D.S.S. per l'archiviazione.

Alla stessa Scheda devono essere allegati i fogli firme relativi agli accessi effettuati da tutti gli operatori previsti. I fogli firme mensilmente devono essere inviati al Distretto SocioSanitario per la registrazione nel sistema informativo delle prestazioni e la liquidazione delle competenze ai MMG/PLS e alle Ditte esterne per le prestazioni esternalizzate.

Un ruolo strategico nell'assistenza domiciliare è quello del *Referente Familiare o Care Giver*, cioè di colui che, in modo informale, si prende cura dell'assistito svolgendo, quindi, una funzione di assistenza diretta.

In genere è un familiare o comunque un soggetto convivente con l'assistito stesso, in qualche caso può anche essere un amico o un vicino di casa o un volontario.

È indispensabile che, in sede di stesura del PAI, si individui la persona che svolge questo ruolo e se ne valutino capacità, competenze ed esigenze di supporto, in quanto costituisce una risorsa operativa preziosa, in modo da descrivere in maniera dettagliata i compiti che deve svolgere durante l'assistenza.

Non di rado la scelta del *Referente Familiare o Care Giver* avviene attraverso un meccanismo di selezione spontaneo da parte di un familiare che volontariamente si assume l'impegno di supportare ed assistere la persona malata. È importante sottolineare, tuttavia, che l'azione del *Referente Familiare o Care Giver* non può essere solo guidata da affetto e

buon senso, ma è fondamentale che il personale specializzato lo istruisca e lo addestri, sulle tecniche e sull'uso degli strumenti da utilizzare.

### **La sospensione / dimissione o conclusione**

All'atto della dimissione va compilata una apposita sezione della *Scheda Clinica Domiciliare Integrata* che, in analogia con la scheda di dimissione ospedaliera, raccoglie tutti i dati relativi alle ADI/CDI.

La Dimissione / Conclusione si realizza in caso di:

- Completamento del programma assistenziale;
- Volontà dell'utente;
- Decesso a domicilio;
- Decesso in ospedale;
- Decesso in Hospice;
- Ricoveri in ospedale > 30 gg.;
- Trasferimento in struttura residenziale > 30 gg.;
- Trasferimento in Hospice;
- Trasferimento in altra tipologia di cure domiciliari;
- Cambio residenza fuori dal Distretto di riferimento;
- Chiusura amministrativa (in assenza di sospensione, qualora non vi siano prestazioni per 6 mesi);
- Chiusura amministrativa con riapertura nell'anno successivo in assenza di sospensione;
- Decadimento dei requisiti di ammissione;
- Mancato rispetto nei confronti del personale (molestie, aggressioni);
- Assenza al domicilio per più di tre volte nell'orario in cui deve essere effettuata la prestazione, senza avvertire il personale.

In tutti i casi di dimissione /conclusione della presa in carico ADI, il Distretto sociosanitario, nella figura del Responsabile dell'Unità Operativa Cure Domiciliari o del responsabile dell'equipe cure domiciliari dà espressa e tempestiva comunicazione al Servizio Sociale professionale del Comune o dell'Ambito territoriale di riferimento.

La dimissione per completamento del programma assistenziale, viene stabilita:

- dall'UVM distrettuale, per le forme integrate con il sociale;
- dal MMG/PLS, per le forme esclusivamente sanitarie.

La sospensione dell'assistenza si verifica per:

- ricovero temporaneo in ospedale < 30 gg.;
- allontanamento temporaneo dal domicilio;
- ricovero temporaneo in struttura residenziale < 30 gg.;
- altro.

In attesa della informatizzazione della **Scheda Clinica Domiciliare Integrata** i dati relativi alla dimissione / conclusione del PAI devono essere registrati nel Sistema Informativo Regionale (EDOTTO) in modo da

alimentare i flussi informativi ministeriali (SIAD) di cui al D.M. del 17 dicembre 2008.

### **Scheda Clinica Domiciliare Integrata**

La Scheda Domiciliare Integrata è uno strumento indispensabile per una corretta gestione delle cure domiciliari erogate e, in linea con le raccomandazioni ministeriali, per un governo clinico-assistenziale flessibile ed efficace.

Tutti i Distretti SocioSanitari pugliesi devono utilizzare la Scheda Clinica Domiciliare Integrata anche al fine di garantire i flussi informativi ministeriali e l'articolato processo di presa in carico.

Al fine di agevolare l'utilizzo di tale strumento la Scheda sarà supportata dalle istruzioni per l'utilizzo.

La Scheda Domiciliare Integrata assicura il rispetto:

- dei requisiti clinico-assistenziali;
- dei requisiti legali;
- dei requisiti di sicurezza del paziente;
- dei requisiti di usabilità;
- degli aspetti propedeutici all'informatizzazione.

La Scheda, pertanto, si compone di:

- scheda anagrafica / riferimenti utili (alla presa in carico);
- consenso al trattamento dati sensibili e al trattamento terapeutico-assistenziale (alla presa in carico);
- scheda programma terapeutico assistenziale integrato (alla presa in carico);
- scheda obiettivi di salute (alla presa in carico);
- scheda attività clinica di tipo valutativo-diagnostico (alla presa in carico);
- foglio gestione lesioni cutanee;
- foglio di valutazione e monitoraggio sintomi;
- scheda di valutazione monitoraggio del dolore (alla presa in carico);
- foglio di riepilogo diario clinico;
- diario clinico integrato;
- foglio di terapia;
- diario terapia;
- foglio firme relative agli accessi;
- modificazione PAI / outcome / sospensione / conclusione;
- diario del Care Giver.

La Scheda è custodita presso il domicilio dell'assistito e va restituita al Distretto a fine cura per l'archiviazione. Il foglio firme relativo agli interventi dei MMG – PLS e degli altri Professionisti Sanitari deve essere custodito, allo stesso modo, presso il domicilio dell'assistito,



per essere consegnato ogni fine mese al Servizio Cure Domiciliari del Distretto.

La chiusura, l'archiviazione e la custodia della Scheda Domiciliare Integrata deve avvenire nel più breve tempo possibile e secondo la normativa vigente. Ciò comporta la cessazione della compilazione del diario clinico e di tutte le altre registrazioni accadute fuori dal periodo di presa in carico.

Prima di archiviare la Scheda Domiciliare Integrata, il Responsabile dell'Unità Operativa Cure Domiciliari assicura ne verifica l'accuratezza e l'integrità e vi appone la firma.

Con apposito atto dirigenziale della struttura competente, da adottare entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione delle presenti Linee Guida, sono approvati la Scheda Clinica Domiciliare Integrata e le relative istruzioni di utilizzo, che assumono valore vincolante per tutte le ASL e i Distretti sociosanitari e le relative Unità Operative Cure Domiciliari.

## CAPITOLO TERZO

### I LIVELLI DI PRESA IN CARICO ASSISTENZIALE

#### Profili delle cure domiciliari

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>)<sup>7</sup>;
- d la **durata media** (GdC<sup>8</sup>) in relazione alle fasi temporali: intensiva, estensiva e di lungo assistenza, e le **fasce orarie** di operatività, intendendo per queste il periodo ovvero l'arco della giornata in cui possono essere erogati gli accessi della durata prescritta;
- e il tipo di **prestazioni** domiciliari per profilo professionale.

La Tab. 1 illustra i profili di cura e gli standard organizzativi e funzionali per ciascun livello assistenziale, in coerenza con quanto stabilito dal documento sulle cure Domiciliari integrate predisposto dalla Commissione LEA, che rappresenta un documento orientativo, peraltro confermato dal nuovo decreto LEA in corso di istruttoria nelle sedi competenti.

**Tab. 1 – Profili di cura e standard qualificanti delle cure domiciliari**

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA = GEA/GDC*	Attivazione UVM	Durata media	Complessità	
					Mix delle figure professionali / impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)

<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> La complessità fa riferimento a diverse tipologie di prestazioni, le quali non devono essere tutte compresenti in fase di erogazione, ma possono essere modulate in un mix complessivo sulla base dei singoli PAI.

<sup>8</sup> GdC = giornate di cura : durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal servizio

<b>CURE DOMICILIARI I prestazioni ali</b> (Occasionali o cicliche programmate)	Clinico funzionale		No		Infermiere (min.15- max30')	5 giorni su 7
					Professionisti della riabilitazione (30')	8 ore die
					Medico (30')	
<b>CURE DOMICILIARI I integrate di primo livello</b> (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	Si	180 giorni	Infermiere (max: 30')	5 giorni su 7
					Professionisti della riabilitazione (45')	8 ore die
					Medico (30')	
					Operatore socio-sanitario (60')	

---

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA = GEA/GDC*	Attivazione UVM	Durata media	Complessità	
					Mix delle figure professionali / impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)
<b>CURE DOMICILIARI integrate di secondo livello</b> (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,50	Si	180 giorni	Infermiere (min.30-max.45') Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore sociosanitario (60-90')	6 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
<b>CURE DOMICILIARI integrate di terzo livello</b> (già OD)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,50	In relazioni e al bisogno espresso	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi. Pronta disponibilità medica ore 8-20
<b>Cure palliative malati terminali</b> (già OD CP)	Clinico funzionale sociale	Superiore a 0,60	In relazioni e al bisogno espresso	60 giorni	Infermiere (60') Professionisti della riabilitazione (60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o medico specialista (60') Operatore sociosanitario (min.60-max.90')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato e festivi. Pronta disponibilità medica h 24

\*\* Figure professionali previste in funzione del PAI; se non specificato in tabella i minuti indicati si ritengono quale tempo medio per accesso domiciliare.

\*\*\* Per "operatività del servizio ci si riferisce ovviamente ai giorni di apertura, non al monte ore giornaliero

I profili di cura si suddividono, come già evidenziato in tre livelli, basso, medio e alto peso assistenziale:

1. **Assistenza domiciliare a basso peso assistenziale – I livello:**

- **Accessi domiciliari** a persone che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di

continuità assistenziale ed interventi programmati che per frequenza (da n. 2 accessi mensili a n. 2 accessi settimanali) e per intensità richiedono una programmazione ed un impegno assistenziale basso;

- **Natura del bisogno:** clinico, funzionale e sociale;
- **Intensità:** fino al 30% di giornate di assistenza effettive in rapporto alla durata del piano di cura;
- **Durata media del piano di cura:** 180 giorni;
- **Complessità:** tempo medio in minuti per accesso: 30' per medico, 30' per l'infermiere, 45' per il terapeuta della riabilitazione, 60' per l'Operatore SocioSanitario (OSS);
- **Operatività del Servizio:** fascia oraria 8.00-20.00, 5 giorni su 7.

## 2. **Assistenza Domiciliare a medio peso assistenziale – II livello:**

- **Accessi domiciliari** a malati che pur non presentando criticità specifiche o sintomi particolarmente complessi hanno bisogno di continuità assistenziale ed interventi programmati che per frequenza (da n. 3 a n. 6 accessi settimanali) e per intensità richiedono una programmazione ed un impegno assistenziale medio-alto.
- **Natura del bisogno:** clinico, funzionale e sociale;
- **Intensità:** fino al 50% di giornate di assistenza effettive in rapporto alla durata del piano di cura;
- **Durata media del piano di cura:** 180 giorni;
- **Complessità:** tempo medio in minuti per accesso: 45' medico, 30'/45' per l'infermiere, 45' per il terapeuta della riabilitazione, 60'/90' per l'Operatore SocioSanitario (OSS);
- **Operatività del Servizio:** fascia oraria 8.00-20.00, 6 giorni su 7; n. 12 ore die da lunedì a venerdì e n. 6 ore il sabato.

## 3. **Cure Palliative ed Assistenza Domiciliare ad alto peso assistenziale – III livello:**

- **Accessi domiciliari** a malati che presentano dei bisogni con elevato livello di complessità in presenza di criticità specifiche (**di norma n.  $\geq$  6 accessi settimanali**);
- Tra questi, per i **malati terminali** è individuato un profilo specifico di cure palliative che richiede l'intervento di una équipe di cui fa parte il MMG/PLS.
- A determinare la criticità e l'elevata intensità assistenziale concorrono l'instabilità clinica, la presenza di sintomi di difficile controllo, la necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o al care giver;
- **Natura del bisogno:** clinico, funzionale e sociale;

- **Intensità:** superiore al 50% di giornate di assistenza effettive in rapporto alla durata del piano di cura;
- **Durata media del piano di cura:** 90 giorni;
- **Complessità:** tempo medio in minuti per accesso: 60' medico, 60' per l'infermiere, 60' per il terapeuta della riabilitazione, 60'/90' per l'Operatore SocioSanitario OSS), 60' per altri professionisti sanitari;
- **Operatività del Servizio:** fascia oraria 8.00-20.00, 7 giorni su 7, n. 12 ore die, pronta disponibilità medica ore 8.00/20.00.

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. Le prestazioni socio-assistenziali domiciliari, come da Reg. n.4/2007 artt. 87-88, 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 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.**

### **Figure Professionali delle Cure Domiciliari Integrate**

I soggetti preposti per l'erogazione delle Cure Domiciliari integrate sono:

#### **I. AREA SANITARIA:**

- Medico di medicina generale (in seguito MMG), Pediatra di Libera scelta (in seguito PLS) e Continuità assistenziale (cure primarie);
- Infermiere;
- Medico specialista e Medico Palliativista;
- Case manager;
- Terapeuta della riabilitazione;
- Dietista;
- Assistente sociale;
- Logopedista;

- Educatore professionale;
- Psicologo;
- Operatori Sociosanitari (OSS) impiegati nella funzione di aiuto-infermieristico, solo se adeguatamente formati e addestrati, anche a supporto delle prestazioni sanitarie come, a titolo esemplificativo, la movimentazione del paziente, la broncoaspirazione, ecc...;

## II. AREA SOCIALE

- Assistente sociale professionale dell'Ambito territoriale ovvero dei Comuni;
- Operatori Sociosanitari (OSS) per l'aiuto personale e l'assistenza tutelare estensiva e continuativa;
- Operatori socioassistenziali, quali gli Assistenti familiari (riferimento al Repertorio delle Figure Professionali e al connesso percorso formativo);
- Volontari, per il lavoro di compagnia, il disbrigo pratiche, il sostegno relazionale.

La funzione di coordinamento dell'Equipe curante è, generalmente, presidiata da una delle figure dell'Area sanitaria.

Con specifico riferimento alle figure coinvolte nella organizzazione delle CDI per l'area sanitaria, l'apporto multiprofessionale viene di seguito definito.

### **Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta**

Il MMG e il PLS hanno la responsabilità dell'attivazione e della conduzione del percorso di cura come previsto dalle norme contrattuali.

Hanno la responsabilità primaria e complessiva del paziente, partecipano alla formulazione del Piano Assistenziale Individuale, attivano le eventuali consulenze specialistiche, aggiornano la Scheda Domiciliare Integrata e la scheda degli accessi fornite dal Distretto e partecipano a momenti di verifica comune durante il periodo di attuazione delle cure.

### **Medico Specialista o Palliativista**

Il Medico Specialista o Palliativista, in relazione alla condizione clinica, fornisce, a domicilio del paziente, al MMG/PLS responsabile clinico del caso, le prestazioni specialistiche e le consulenze da questi ritenute necessarie.

Lo stesso Medico partecipa ai lavori di valutazione clinica **su convocazione del Direttore del Distretto o suo delegato.**

### **Infermiere**

L'infermiere dedicato alle Cure Domiciliari garantisce l'attività infermieristica domiciliare integrando le proprie funzioni sanitarie di assistenza con tutti i Professionisti previsti nel PAI.

L'Infermiere, inoltre, coinvolge la persona assistita e il care-giver nella realizzazione del PAI, anche per quanto concerne il corretto utilizzo degli ausili e dei presidi, e li educa alle metodologie di autocontrollo, alle tecniche di autocura.

### **Fisioterapista**

Il fisioterapista dedicato alle Cure Domiciliari:

- collabora con il medico curante e lo specialista di riferimento alla elaborazione del piano riabilitativo che ha come scopo principale il recupero dell'autonomia funzionale ed interviene sui familiari per indicare i migliori comportamenti da adottare per ottenere questo scopo primario;
- attiva metodiche specifiche rieducative per la ripresa del paziente e per il corretto utilizzo degli ausili e dei presidi protesici ed ortesici.

### **Psicologo**

Garantisce l'assistenza psicologica al paziente e alla famiglia, compresa la visita di cordoglio e il supporto al lutto. Fornisce supporto psicologico e supervisione all'équipe.

### **Assistente sociale del Distretto**

Compiti principali dell'Assistente Sociale del Distretto sociosanitario sono:

- collaborare con il Servizio Sociale professionale dell'Ambito territoriale per individuare i bisogni sociali delle persone che necessitano di Cure Domiciliari;
- supportare nella compilazione preliminare della SVAMA e della SVAM.Di per la parte sociale;
- partecipare alla valutazione multidimensionale della persona;
- raccordare l'attività delle strutture e dei servizi sanitari e sociosanitari competenti sugli interventi di sostegno e recupero;
- mantenere i contatti con il care giver ed i familiari referenti affinché siano soddisfatti i bisogni sociali definiti nel PAI;
- attivare ulteriori interventi sociali on sede di UVM quando le cure domiciliari risultano inadeguate;
- svolgere periodiche visite domiciliari di monitoraggio e verifica del PAI per la parte sociale.

### **Operatore Socio Sanitario (OSS)**

L'operatore sociosanitario svolge la sua attività, in virtù di quanto previsto nel PAI, su indicazione e in collaborazione con gli altri operatori.



Fornisce assistenza diretta e di supporto alla gestione dell'ambiente e della persona.

Effettua interventi igienico sanitari e di carattere sociale.

In particolare l'OSS deve:

- assistere la persona o collaborare con i familiari nell'attività quotidiane di igiene personale e cura della persona e supportare la figura infermieristica nelle specifiche prestazioni sanitarie;
- realizzare attività semplici finalizzate al mantenimento delle capacità psicofisiche residue, alla rieducazione, riattivazione e al recupero funzionale (es: movimentazione del paziente, ecc.).

La figura professionale di O.S.S. è esclusivamente quella che consegue la qualificazione professionale di cui al Reg. R. n. 28 del 18.12.2007 e s.m.i. ovvero il completamento della formazione professionale per la conversione dei titoli preesistenti (es: OSA, OTA, ADEST, ecc..) con l'integrazione di 400 hh di formazione e tirocinio.

### **Case manager**

Il case manager può essere definito come il "regista dell'assistenza", cioè colui che è responsabile del piano d'intervento dei servizi anche coinvolgendo risorse informali che sostengono la Persona in modo da creare connessioni all'interno della rete.

La funzione di case manager, deve essere individuata, per ogni assistito, nella fase di valutazione dei bisogni e nella stesura del PAI.

Di solito, tale funzione è svolta dal professionista sanitario che maggiormente gestisce il Piano Assistenziale.

Con specifico riferimento alle figure coinvolte nella organizzazione delle CDI per **l'area sociale e sociosanitaria**, l'apporto multiprofessionale viene di seguito definito.

### **Servizio sociale professionale dell'ambito territoriale**

Il Servizio Sociale professionale assicura la lettura e la decodificazione della domanda sociale, la presa in carico della persona, della famiglia e/o del gruppo sociale, la predisposizione di progetti personalizzati, l'attivazione e integrazione dei servizi e delle risorse in rete, l'accompagnamento e l'aiuto nel processo di promozione ed emancipazione.

Compiti principali dell'Assistente Sociale del Comune/Ambito Territoriale sono:

- individuare i bisogni sociali delle persone che necessitano di Cure Domiciliari;
- svolgere l'indagine sociale e definire gli strumenti di intervento disponibili sul territorio e adatti al singolo caso da trattare;
- compila la SVAMA e SVAM.Di per la parte sociale;
- partecipare alla valutazione multidimensionale della persona;
- raccordare l'attività delle strutture e dei servizi socio-sanitari competenti sugli interventi di sostegno e recupero;
- mantenere i contatti con il care giver ed i familiari referenti affinché siano soddisfatti i bisogni sociali definiti nel PAI;

- attivare ulteriori interventi sociali on sede di UVM quando le cure domiciliari risultano inadeguate;
- svolgere periodiche visite domiciliari di monitoraggio e verifica del PAI per la parte sociale.

**Segretariato sociale dell'ambito territoriale**

Il servizio di segretariato sociale fornisce notizie e informazioni sui servizi sociali e sociosanitari presenti nell'ambito territoriale e nel distretto sociosanitario. Accoglie la domanda del cittadino/utente, svolge attività di consulenza, orientamento e indirizzo, fornisce indicazioni sulle modalità d'accesso ai servizi.

**Assistenti familiari**

Impiegati per il SAD a completamento delle équipes domiciliari.

## CAPITOLO QUARTO

### Il Monitoraggio delle Cure Domiciliari Integrate

#### I flussi informativi integrati

Il Ministero della Salute con Decreto ministeriale del 17 dicembre 2008 ("Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare") ha istituito il flusso denominato SIAD finalizzato a disporre di informazioni omogenee relative ad ogni singolo utente/cittadino che fruisce di cure domiciliari erogate dalle singole Aziende Sanitarie.

Tale flusso s'inserisce nel più ampio Nuovo Sistema Informativo Sanitario – NSIS, che comprende la creazione di un Sistema di Integrazione delle Informazioni Sanitarie Individuali relative al singolo cittadino che interagisce con il SSN a livello regionale.

Come definito dal richiamato decreto ministeriale l'attivazione del SIAD è stata graduale, ma la data prevista per il definitivo adeguamento di ciascuna regione al sistema informativo e per l'alimentazione dello stesso era il 1 gennaio 2012.

A decorrere da tale data l'invio delle informazioni a cadenza mensile deve avvenire entro il mese successivo al mese di riferimento in cui si sono verificati gli eventi.

Le informazioni raccolte riguardano i seguenti ambiti:

- caratteristiche anagrafiche dell'assistito;
- valutazione ovvero rivalutazione socio-sanitaria dell'assistito e dei relativi bisogni assistenziali;
- erogazione dell'assistenza;
- sospensione della presa in carico;
- dimissione dell'assistito.

Le forme di Assistenza Domiciliare oggetto di rilevazione sono quelle caratterizzate da interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria che soddisfano i seguenti 4 criteri guida:

- la presa in carico dell'assistito;
- la valutazione multidimensionale dell'assistito;
- la definizione di un piano/programma/progetto di assistenza individuale;
- la responsabilità clinica in capo a medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di libera Scelta(PLS) o al medico competente per la terapia del dolore, purché afferenti al Distretto/ASL.

Se soddisfatti i criteri di cui sopra, devono essere inviate al Sistema anche le informazioni relative:

- alle "cure palliative domiciliari", che sono costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e psicologico, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone nella fase terminale della vita affette da malattie progressive;

- ai casi di “dimissione protetta”, tesi ad assicurare continuità assistenziale al paziente precedentemente ricoverato presso una struttura ospedaliera.

Non devono invece essere inviati al sistema informativo nazionale per il monitoraggio dell’assistenza domiciliare le informazioni relative:

- “cure domiciliari prestazionali” che, non prevedono né la presa in carico dell’assistito né la sua valutazione multidimensionale;
- “ospedalizzazione domiciliare”, caratterizzata dall’erogazione di prestazioni al domicilio del paziente, da parte di un’equipe ospedaliera.

Il flusso SIAD, inoltre, esclude dalla rilevazione gli interventi caratterizzati esclusivamente da “sostegno sociale” alla persona e le “cure domiciliari prestazionali”.

La Regione, con il supporto dell’Agenzia Regionale di Sanità – ARES Puglia, provvede alla redazione di un Rapporto biennale sulle cure domiciliari utilizzando i dati dei nuovi flussi informativi (di cui al D.M. 17/12/2008) a cui si devono aggiungere i dati sulla integrazione sociosanitaria delle prestazioni al fine di verificare il livello di raggiungimento degli obiettivi, le criticità e le possibili proposte per sviluppare e migliorare l’assistenza domiciliare.

Al fine della elaborazione del suddetto Rapporto si terrà conto degli indicatori ministeriali SIAD e relativi standard qualificanti, nonché di ulteriori indicatori di monitoraggio dell’avanzamento fisico, del tasso di copertura e dell’intensità delle prestazioni, come riportati nel due successivi paragrafi.

### **Indicatori Ministeriali SIAD e Standard qualificanti**

La Commissione nazionale LEA ha istituito al suo interno un apposito sottogruppo con il mandato specifico di approfondire l’analisi delle attività assistenziali svolte in regime domiciliare, residenziale, semiresidenziale e di ospedalizzazione domiciliare.

All’interno del mandato era prevista “la caratterizzazione dei profili di cura domiciliari” (standard qualificanti le attività di cure domiciliari) per livelli differenziati in funzione della:

1.

- **complessità** (Valore Giornate Effettive di Assistenza – GEA) in funzione del case mix e dell’impegno delle figure professionali coinvolte nel Piano Assistenziale Individuale (PAI). Questo indicatore monitora il numero di giornate effettive di assistenza erogate e si calcola riportando il **numero di giorni nei quali è stato effettuato almeno un accesso da un operatore**. È possibile calcolare l’indicatore sia per le prese in carico ancora attive, che per le prese in carico concluse. Nel caso delle prese in carico attive il periodo di riferimento è 30 giorni di cura. L’indicatore può essere differenziato per classi di intensità assistenziale sulla base degli Standard di Riferimento.

<b>Standard Qualificanti</b>	
<b>Classi</b>	<b>GEA (giornate)</b>
Zero	GEA < 4
Prima	4 ≤ GEA ≤ 9
Seconda	9 < GEA ≤ 15

- **durata media** (Giornate di Cura – GdC ) in relazione alle fasi temporali intensiva, estensiva e di lungo-assistenza e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari. Questo indicatore fornisce indicazioni circa la durata media della presa in carico stessa e si calcola riportando il **numero di giorni trascorsi dalla Data presa in carico alla Data di Conclusione, al netto dei periodi di sospensione;**
- **natura del bisogno,** dell'intensità definita attraverso l'individuazione di un coefficiente (Coefficiente Intensità Assistenziale – CIA). Questo indicatore fornisce indicazioni sull'intensità di cura fornita dal rapporto tra complessità della cura e cura stessa e si calcola attraverso la seguente formula matematica: **Numero GEA/ numero GdC.**

Standard Qualificanti i LEA Cure Domiciliari	
Profilo di Cura	CIA (GEA/GdC)
CURE DOMICILIARI integrate di Livello Zero	0 – 0,13
CURE DOMICILIARI integrate di Primo Livello	0,14 – 0,30
CURE DOMICILIARI integrate di Secondo Livello	0,31 – 0,50
CURE DOMICILIARI integrate di Terzo Livello	0,51 – 0,60
CURE DOMICILIARI integrate di Cure palliative terminali oncologico / non oncologico	0,61 – 1

Sulla scorta dei livelli di caratterizzazione delle Cure Domiciliari, si individuano i seguenti indicatori:

▪ **Indicatori B:**

- 0 **B1:** Distribuzione per patologia prevalente (ICD9CM prime 3 cifre) degli utenti presi in carico: *Somma prese in carico divise per patologia prevalente / totale prese in carico;*
- 0 **B2:** Distribuzione per patologia concomitante degli utenti presi in carico: *Somma prese in carico divise per patologia concomitante / totale prese in carico;*
- 0 **B3:** Continuità/Fruibilità di cure: *Numero totale di giorni (data accesso – data presa in carico) / Numero di prese in carico;*
- 0 **B4:** Durata media dell'effettiva assistenza domiciliare: *Numero totale di giorni delle prese in carico<sup>9</sup> / Numero di prese in carico;*
- 0 **B5:** Tassi standardizzati per età (1000 abitanti): *Somma dei pazienti presi in carico per anno per età / popolazione pesata per età \* 1000 ab.;*

▪ **Indicatori P:**

<sup>9</sup> La date considerate devono essere la data conclusione e la data di primo accesso

- 0 **P1:** Numero di prese in carico per Coefficiente d'Intensità Assistenziale (CIA), dato il numero dei Giorni di Cura (GdC): *Numero di soggetti presi in carico, in un periodo di riferimento, con un numero X di giorni di cura effettuati;*
- 0 **P2:** Numero di prese in carico per Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), dato il numero dei Giorni di Effettiva Assistenza (GEA): *Numero di soggetti presi in carico, in un periodo di riferimento, con un numero X di giorni di effettiva assistenza;*
- 0 **P3:** Numero di accessi divisi per CIA per tipologia di operatore che ha effettuato l'accesso: *Numero di accessi effettuati da un tipo di operatore/prese in carico in un periodo di riferimento per livello CIA;*
- **Indicatori A:**
  - 0 **A1:** Numero di giornate di sospensione per ricovero intercorsi nell'ultimo mese di vita del paziente terminale: *(Numero di giornate di sospensione per motivo ricovero nell'ultimo mese di vita \* numero pazienti terminali deceduti) / (30 giorni \* numero pazienti terminali deceduti);*
  - 0 **A2:** Numero di assistiti terminali oncologici deceduti, sul numero di deceduti per malattia oncologica: *Numero di assistiti terminali oncologici deceduti / numero di deceduti per malattia oncologica;*
  - 0 **A3:** Numero di assistiti terminali non oncologici sul numero di assistiti terminali: *Numero di assistiti terminali non oncologici / numero di assistiti terminali;*
  - 0 **A4:** Percentuale di piani chiusi per cessazione delle necessità cliniche assistenziali: *Totale piani assistenziali chiusi per cessazione necessità / totale piani chiusi;*

### **Gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione delle CDI erogate**

Al fine di verificare tempestivamente l'andamento dell'assistenza domiciliare e il raggiungimento di determinati obiettivi, tenuto conto che il flusso informativo attivato dal Decreto ministeriale 17/12/2008 fornisce un ampio quadro di informazioni statistiche, si ritiene utile aggiungere una serie di indicatori che saranno rilevati annualmente.

Il Distretto, infatti, esegue un monitoraggio continuo della appropriatezza degli interventi ed una valutazione degli esiti mediante raccolta e analisi dei dati di attività.

Indicatori di verifica dell'efficienza, efficacia e qualità sono:

- **Coordinamento**
  - 0 n. incontri di Coordinamento effettuati.
- **Indicatori di struttura**
  - 0 n. di operatori impiegati dal Distretto;
  - 0 n. di ore giornaliere di attività degli operatori impegnati.
- **Appropriatezza delle prestazioni per livello di assistenza**
  - 0 n. pazienti presi in carico nell'anno;
  - 0 n. giornate complessive di presa in carico;

- 0 n. giornate di effettiva assistenza: giornate nelle quali sono state effettuate al domicilio del paziente uno o più accessi da parte di uno o più operatori;
- 0 n. di accessi per tipologia di operatori;
- **Indicatori di attività**
  - 0 intensità assistenziale: n. gg di assistenza / n. gg di presa in carico;
  - 0 copertura assistenziale: n. pazienti in carico-anno / Popolazione di riferimento.
  - 0 durata media della presa in carico: n. gg presa in carico / n.pazienti assistiti;
  - 0 durata media dell'assistenza: n. giorni di assistenza / n. pazienti assistiti;
  - 0 n. accessi medi per paziente: n. totale di accessi / n. pazienti assistiti.
- **Indicatori di accessibilità**
  - 0 tempo intercorso tra la segnalazione del caso e la valutazione;
  - 0 tempo intercorso tra la valutazione e la presa in carico.
- **Coinvolgimento delle figure parentali nel programma terapeutico**
  - 0 n. interventi di educazione del caregiver alla corretta gestione del caso.



## CAPITOLO QUINTO

### Criteri per la determinazione delle tariffe di riferimento regionali

#### I criteri per la determinazione delle tariffe di riferimento

Le tariffe di riferimento regionale sono definite per fornire a tutti i soggetti erogatori pubblici – ASL e Comuni singoli e Associati in Ambito territoriale – riferimenti omogenei di costo delle prestazioni, rispetto a cui assumere le decisioni strategiche in ordine alla programmazione finanziaria e alle modalità gestionali:

- a) *make or buy*
- b) in caso di gestione diretta in economia: ricorso a prestazioni aggiuntive e/o a equipe e risorse umane dedicate per le CDI
- c) in caso di *outsourcing*: definizione dei parametri di costo per il capitolato tecnica di gara, con specifico riferimento all'assorbimento delle risorse per ciascun profilo di cura o livello di complessità assistenziale.

Al fine della determinazione delle tariffe di riferimento regionale per le Cure domiciliari integrate si procederà con un approccio ispirato all' "*Activity Based Costing*", che connette l'entità delle risorse assorbite per le attività svolte ai risultati prodotti. Sono considerati i costi diretti di personale e i costi indiretti e comuni, al fine di addivenire alla determinazione di un costo medio per le risorse impiegate distinguendo le cure domiciliari prestazionali sanitarie dalle cure domiciliari integrate di I, II e III livello.

I parametri considerati per la tariffazione delle prestazioni sociosanitarie SAD/ADI a compartecipazione ASL - Comuni sono i seguenti:

- numero ore per PAI, differenziato per livello di ADI
- numero ore per PAI integrative per la cura della persona e dell'ambiente
- costo medio del personale sulla base dei principali CCNL (riferimenti: Coop, UNEBA)
- costi indiretti e comuni (coordinamento, centrale di monitoraggio e assistenza, trasporto, ...)

Non sono, invece, considerati i costi per prodotti farmaceutici, ausili e altri presidi sanitari, che restano a carico del SSR ovvero dell'utente.

Entro sessanta giorni dalla pubblicazione delle presenti Linee guida, la Giunta Regionale approva le tariffe di riferimento regionali, con due distinti provvedimenti deliberativi:

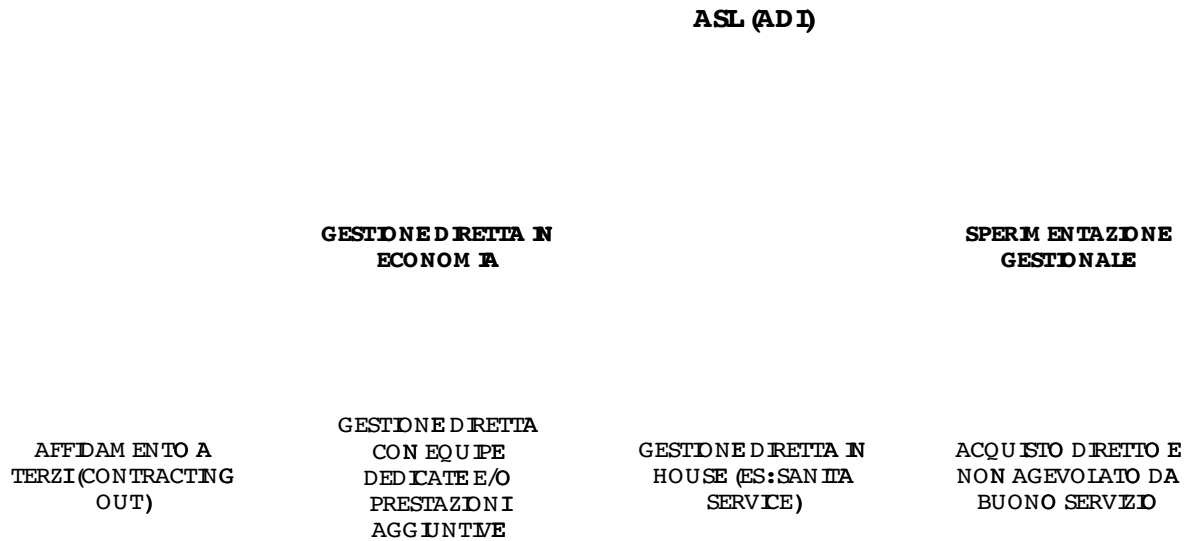
- la determinazione delle tariffe per le prestazioni sanitarie che compongono l'ADI, con riferimento alle principali figure sanitarie impiegate, di totale competenza del SSR;
- la determinazione delle tariffe per le prestazioni sociosanitarie che compongono l'ADI, con riferimento alle principali figure sociosanitarie (OSS) e socioassistenziali (Assistenti sociali, Assistenti familiari, ecc..), che sono per il 50% a compartecipazione dei Comuni ed eventualmente degli utenti, di norma erogate con gestione in economia mediante affidamento a terzi ovvero con acquisto di prestazioni mediante erogazione di titoli di

acquisto.

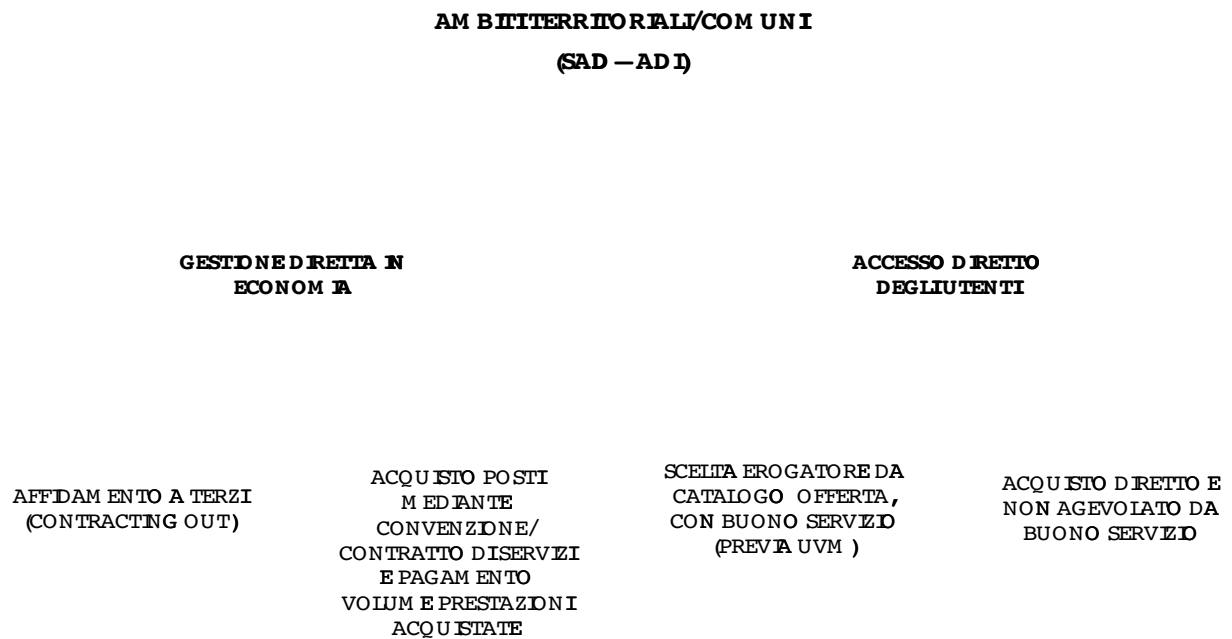
### **L'implementazione dei buoni servizio di conciliazione per l'acquisto di prestazioni**

I servizi domiciliari integrati (ADI) possono essere gestite in economia, direttamente o in affidamento a terzi, attraverso le forme previste dalla normativa vigente, nonché mediante acquisto di prestazioni da soggetti erogati inseriti in apposito Catalogo regionale delle unità di offerta accreditate sulla base del rispetto degli standard minimi per l'autorizzazione al funzionamento e sulla base di requisiti integrativi di qualità che facciano riferimento al rispetto dei contratti di lavoro, al coordinamento e alla formazione del personale, alla elaborazione di dettagliata carta dei servizi, alla integrazione dei servizi di base con prestazioni aggiuntive, alla valutazione della qualità percepita dagli utenti (Fig. 1 e Fig. 2).

**Fig. 1**



**Fig. 2**



Quando i Comuni scelgono come modalità di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie assistenziali (ADI) di propria competenza, ovvero delle prestazioni socioassistenziali (SAD), l'acquisto di prestazioni sulla base di un apposito contratto di servizio con le unità di offerta erogatrici a condizioni e tariffe predefinite, possono richiedere la caratterizzazione del servizio erogato anche mediante prestazioni aggiuntive ovvero modalità erogative qualitativamente più elevate, in un rapporto di contrattazione che non può in ogni caso ignorare il rispetto dei CCNL di riferimento e la normativa vigente in materia di sicurezza dei lavoratori e favorendo la scelta dell'utente.

L'acquisto di prestazioni domiciliari dai soggetti erogatori accreditati a livello regionale può avvenire mediante apposita convenzione ovvero con contratto di servizio che disciplini l'erogazione di titoli di acquisto all'erogatore per conto dell'utente che lo ha scelto, in forma di "buono servizio", proprio al fine di sostenere l'acquisto delle stesse prestazioni e il pagamento delle prestazioni medesime da parte dei cittadini, cui si riconosce il principio della libertà di scelta, ma a cui si chiede anche la responsabilità della scelta e del coordinamento da parte del care giver familiare tra prestazioni erogate da ASL e Comuni e prestazioni integrative acquisite direttamente dall'utente.

Al fine di quantificare l'importo del buono servizio di conciliazione per ore erogate e per PAI complessivo, si applicano le tariffe di riferimento regionali che saranno determinate con apposito provvedimento della Giunta Regionale.

## NORMATIVA DI RIFERIMENTO nazionale e regionale

Ai fini di una organica trattazione e definizione dei servizi di assistenza domiciliare in Puglia i principali documenti di riferimento sono i seguenti:

- il documento prodotto a fine 2006 dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, istituita presso il Ministero della salute, avente per oggetto "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio"; i progetti regionali sulle cure primarie e cure domiciliari approvati in sede di conferenza Stato-Regioni su proposta del Ministero della Salute;
- Le linee guida regionali per l'accesso integrato alla rete sociosanitaria e sanitaria territoriale, approvate con Del. G.R. n. 691/2011;
- Il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2013-2015 approvato con Del. G.R. n. 1534/2013;
- Le Linee Guida del Ministero dell'Interno (AdG) per l'attuazione del Piano di Azione e Coesione (PAC) – Servizi di Cura – Anziani.

La normativa nazionale di riferimento è la seguente:

- DPR 26.9.90 n. 314 che determina le modalità di erogazione dell'ADI.
- D. Lgs. 502 del 30 dicembre 1992 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della L. 23 ottobre 1992, n.421"*.
- D. Lgs. N. 229 del 19 giugno 1999 *"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"* (art. 3-quater).
- Legge n. 328 del 11.2000, e il DPR 30.5.2001 *"Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali"*.
- DPCM 14 febbraio 2001 *"Atto di indirizzo e di coordinamento relativo alla integrazione socio-sanitaria"*.
- DPCM 29 novembre 2001 *"I Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria"*.
- Piano Sanitario Nazionale 2006/008.
- Patto per la salute 2010-2012 approvato dall'Intesa stato-regioni del 3 dicembre 2009.
- Piano di Azione per gli Obiettivi di Servizio-Obiettivo ADI (FAS 2007-2013).
- Delibera CIPE n.79/2012.

La più recente normativa regionale di riferimento è la seguente:

- Legge Regionale n. 25 del 3 agosto 2006 *"Principi e organizzazione del Servizio Sanitario Regionale"*.

- Legge Regionale n. 19 del 10 luglio 2006 *“Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia”*.
- Legge Regionale n.26 del 9 agosto 2006 *“Interventi in materia sanitaria”*, art.19 come sostituito dall’art.19 della Legge Regionale n. 25/2007 contenente norme di *“Contratti per prestazioni domiciliari”*.
- Regolamento Regionale n.4 del 18/01/2007 e smi;
- Delibera della Giunta Regionale 1 luglio 2008 n.1174 *“Organizzazione della rete assistenziale per la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA)”*.
- Deliberazione della Giunta Regionale n.1494 del 04.08.2009 *“Accordi contrattuali anno 2009-Linee Guida”*.
- Deliberazione della Giunta Regionale 13 ottobre 2009 n.1875 – Piano regionale delle Politiche Sociali II Triennio (2009 – 2011)
- Legge Regionale 25 febbraio 2010, n. 2 *“Istituzione del fondo regionale per il sostegno delle persone non autosufficienti e loro nuclei familiari”*.
- Legge Regionale n. 4/2010 *“Norme urgenti in materia di sanità e servizi sociali”*.
- L.R. n. 4 del 25 febbraio 2010 – Norme urgenti in materia di sanità e Servizi Sociali.
- Delibera G.R. n. 691 del 12 aprile 2011 *“Linee guida per l’accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete dei servizi socio-sanitari”*
- Regolamento regionale n. 6 del 18 aprile 2011” *Regolamento di organizzazione del D.S.S.”*
- Delibera G.R. n. 2184 del 12 dicembre 2011 – *“Approvazione Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e anziane (SVAMA) e delle persone disabili (S.Va.M.Di) e Modello di Piano di Assistenza Individuale;*
- DGR 1534/2013: *“Piano Regionale Politiche Sociali 2013-15 – Regione Puglia”*
- Delibera G.R. n. 2530 del 23 dicembre 2013 *“Indirizzi attuativi alle ASL e ai Comuni pugliesi per il nuovo assegno di cura 2014 a pazienti affetti da SLA/SMA e altri non autosufficienti gravissimi”;*
- DGR n.1403 del 4 luglio 2014 *“Programma Operativo della Regione Puglia 2013-2015”*.

## GLOSSARIO

<b>Accesso</b>	<p>È il momento dell'ingresso nella rete dei servizi da parte dei cittadini.</p> <p>Le modalità di accesso devono avere determinate caratteristiche, ed in particolare devono essere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· unificate, per facilitare l'accoglienza delle persone, in particolare i soggetti non autosufficienti o in condizioni di fragilità;</li> <li>· integrate, ossia garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi: ospedalieri, distrettuali e sociali</li> </ul>
<b>Ambito territoriale</b>	<p>L'Ambito Territoriale rappresenta il punto di raccordo tra le politiche sociali dei diversi Comuni che, uniti a livello di programmazione e costruzione dei servizi, realizzano un percorso comune finalizzato a garantire unitarietà dei criteri e prestazioni omogenee su tutto il territorio. Attraverso il Piano di Zona, sono definite le finalità e gli obiettivi comuni, sono individuate le priorità di intervento sociale, le risorse e gli strumenti. La L.R. 19/2006 prevede la coincidenza dell'Ambito Territoriale con i Distretti Sanitari.</p>
<b>Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.)</b>	<p><b>Vedi: Cure domiciliari Integrate</b></p> <p>Il Nomenclatore dei Servizi Sociali definisce l'ADI come un servizio che "consiste 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 del servizio 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."</p> <p>L'Accordo collettivo Nazionale (ACN) per la disciplina dei rapporti con i Medici di medicina generale, art. 53 e nell'allegato H precisa che "L'assistenza domiciliare integrata è realizzata mediante l'integrazione professionale tra i diversi professionisti di cui alla presente convenzione e tra essi e le altre figure dell'assistenza territoriale, in un sistema integrato, anche di prestazioni, che complessivamente offra una risposta globale al bisogno di salute della persona non autosufficiente"</p> <p>L' art.. 51 dell' ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta prevede l'Assistenza Domiciliare Integrata. L'allegato E : l'assistenza ai bambini con patologia cronica è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche,riabilitative,socio-assistenziali, rese al domicilio del bambino e orientate in maniera da poter garantire il raggiungimento di specifici obiettivi di benessere, secondo piani di assistenza individualizzati, definiti anche con la partecipazione di più figure professionali</p>
<b>Assistenza Domiciliare Socio</b>	<p>L'Assistenza Domiciliare a carattere socio assistenziale è un servizio rivolto a soggetti con limitata autonomia, che</p>

<p><b>assistenziale (SAD)</b></p>	<p>vivono da soli o con famiglie che non sono in grado di assicurare un buon livello di assistenza per la cura e l'igiene della persona e della casa e per il mantenimento delle condizioni di autonomia. La finalità del servizio è quella di favorire la permanenza dell'anziano e del disabile nel suo ambiente abitativo e sociale e di accrescere la sua capacità di autodeterminazione, attraverso sia attività socializzanti, limitando il rischio di emarginazione sociale, sia prestazioni assistenziali, atte a prevenire malattie cronico degenerative. Il servizio SAD deve comprendere un pacchetto di prestazioni indirizzate al sostegno di carattere organizzativo per lo svolgimento tanto della persona quanto dell'ambiente domestico, tanto di attività di base della vita quotidiana, quanto per lo svolgimento di attività strumentali.</p>
<p><b>Attività socio-sanitarie</b></p>	<p>Prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.</p>
<p><b>Appropriatezza</b></p>	<p>Riguarda l'adeguatezza di un servizio o prestazione sanitaria a rispondere al bisogno specifico. La programmazione sanitaria distingue tra appropriatezza clinica o specifica e appropriatezza organizzativa o generica.</p> <p>La prima è la misura in cui un particolare intervento è sia efficace sia indicato per la persona che lo riceve. Perché un intervento sia appropriato è necessario che i benefici attesi siano superiori ai possibili effetti negativi e ai disagi eventualmente connessi alla sua messa in atto.</p> <p>Occorre anche tenere conto dei costi: tra due interventi per la stessa condizione, un intervento sarebbe da considerarsi meno appropriato se, a fronte di un'efficacia di poco superiore, il suo costo fosse decisamente troppo alto.</p> <p>L'appropriatezza clinica si gioca nel processo decisionale e chiama in causa dunque il giudizio clinico. L'appropriatezza organizzativa o generica è riferita al livello di effettuazione dell'intervento (es. ospedale, domicilio, ambulatorio); per appropriatezza del livello di effettuazione si intende se un intervento (che può essere più o meno appropriato dal punto di vista clinico o specifico) viene erogato al livello più gradito dall'utente e/o meno costoso.</p> <p>Per il cittadino vuol dire ottenere le cose giuste (procedura corretta e/o cure idonee), nella sede giusta (setting più adatto) e al momento opportuno. L'appropriatezza è una caratteristica sintetica degli interventi sanitari che integra efficacia, efficienza e opportunità.</p> <p>E' un valore determinante per l'efficacia e l'efficienza di un sistema di servizi di qualità.</p>
<p><b>Autosufficienza e "non autosufficienza"</b></p>	<p>Si ritiene opportuno adottare una definizione di "autosufficienza" di natura funzionale, che fa riferimento alla capacità della persona di svolgere autonomamente le funzioni essenziali della vita quotidiana.</p> <p>Persona non autosufficiente, quindi, è quella che ha</p>



	<p>bisogno di aiuto, anche in parte, per svolgere attività essenziali (alzarsi dal letto o da una sedia; lavarsi, vestirsi, etc.).</p> <p>Quantunque una definizione univoca di "non autosufficienza" non sia al momento disponibile, ai fini degli interventi di <i>home care</i> si fa riferimento alle persone che non sono in grado di compiere con continuità le attività quotidiane della vita senza un aiuto esterno. Una condizione che si valuta tenendo conto delle funzioni essenziali di vita, articolate in due ambiti:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• attività per la cura di seì (<i>Activities of Daily Living - ADL</i>), che consistono in 6 funzioni generali, relative al lavarsi, vestirsi, andare alla toilette, muoversi in casa, essere continenti, alimentarsi;</li> <li>• attività strumentali (<i>Instrumental Activities of Daily Living - IADL</i>), che consistono in: capacità di usare il telefono, fare la spesa, prepararsi il cibo, avere cura della casa, fare il bucato, usare i mezzi di trasporto, prendere farmaci, gestire il denaro.</li> </ul>
<b>Assegno di cura</b>	È un contributo economico omnicomprensivo erogato in favore del nucleo familiare di pazienti affetti da SLA / SMA e di persone in condizioni di disabilità gravissima, per sostenere economicamente i familiari che sostengono direttamente (care giver familiare) e indirettamente (care giver professionale) i congiunti che si trovano in condizioni di malattia e di non autosufficienza lieve / media / grave.
<b>Bisogno</b>	Situazione di carenza e/o mancanza sia fisica sia psicologica che porta inevitabilmente ad una situazione di frustrazione da parte dell'individuo coinvolto. Il bisogno può tradursi in una domanda (di beni e/o servizi) volta a colmare la richiesta o rimanere inespresso.
<b>Buono servizio</b>	Una particolare forma di erogazione dei servizi sociali pubblici che concilia il principio di libera scelta dell'utente con la garanzia della qualità e dell'accessibilità economica al servizio. Il buono servizio è un titolo di acquisto utilizzato dai Comuni e dagli utenti per accedere che dà diritto all'utente di ricevere il servizio, a sua scelta, da una delle agenzie che si siano a tal fine accreditate presso l'amministrazione titolare della funzione mediante l'iscrizione nel Catalogo dell'offerta (accessibile su piattaforma telematica).

<p><b>Care giver o referente familiare</b></p>	<p>Espressione di origine anglosassone che significa letteralmente "donatore di cura"; è la persona che, nell'ambiente domestico, assume l'impegno di cura della persona non autosufficiente, fornisce aiuto e supporto al malato nel suo percorso di recupero fisico, mentale ed affettivo.</p> <p>È in genere un familiare, ma può essere anche un assistente alla persona, un volontario (<i>caregiver non professionali</i>) o un operatore adeguatamente formato (<i>caregiver professionali</i>). Il "caregiver" svolge un ruolo insostituibile, con un'attività che può dirsi continuativa per l'intero arco della giornata, con le prevedibili conseguenze su tutti gli aspetti della vita, soprattutto nel caso che il caregiver sia un familiare.</p> <p>Per poter essere un efficace "curante", deve conoscere la malattia e le conseguenze che essa ha nel comportamento del malato. È necessario che acquisisca conoscenza e competenza per essere in grado di affrontare tutti gli ostacoli che la vita quotidiana con il malato presenta. Ha il diritto, pertanto, a ricevere le indicazioni sulle migliori strategie per affrontare i problemi quotidiani, per instaurare un rapporto comunicativo corretto con l'assistito ed ad essere informato sugli obiettivi, la strategia, la cronologia del programma di cura e anche i limiti dello stesso in relazione alle lesioni sofferte dalla persona assistita.</p>
<p><b>Case manager o responsabile del Piano Assistenziale</b></p>	<p>La figura del Responsabile del piano d'intervento dei servizi è decisa dall'UVM come referente formale della presa in carico all'interno del Piano individualizzato di assistenza, con il compito di garantire continuità assistenziale attraverso il coordinamento e monitoraggio di servizi e professionalità coinvolte nel piano di trattamento.</p>
<p><b>Cure domiciliari Integrate</b></p>	<p><b>(Vedi A.D.I.)</b></p> <p>È la forma di assistenza domiciliare che richiede diverse competenze professionali sanitarie e sociali al fine di rispondere a esigenze complesse di persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza parziale o totale e che necessitano di una assistenza continuativa di tipo sociosanitario. Prevede altresì la fornitura di farmaci e del materiale sanitario di assistenza.</p> <p>Lo scopo è garantire all'utente l'assistenza e i trattamenti di cui necessita presso il proprio domicilio favorendone le dimissioni dall'ospedale o da struttura residenziale.</p> <p>Si realizza tramite l'erogazione coordinata e continuativa di una molteplicità di prestazioni tra loro integrate, sia sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitative) sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio, da parte di diverse figure professionali.</p> <p>La responsabilità clinica generalmente è attribuita al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta in caso di minori e la sede organizzativa è nel distretto. L'attivazione delle cure domiciliari integrate (ADI) richiede la presa in carico della persona, previa valutazione sanitaria o sociosanitaria multidimensionale del bisogno (VMD), e la definizione di un piano assistenziale individualizzato (PAI) in cui sono individuati</p>

	<p>gli obiettivi di cura e i tempi di recupero, le tipologie di intervento e la frequenza degli accessi degli operatori. Le cure domiciliari che possono avere diversa intensità e, in relazione alla criticità e alla complessità, del caso, possono essere classificate in Assistenza domiciliare integrata (ADI) di 3 livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) di I livello:</b> è costituita da prestazioni di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica rivolta a persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati articolati sino a 5 giorni .</li> <li>• <b>Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) di II livello:</b> le prestazioni, dello stessa tipologia del punto precedente, devono essere articolate su 6 giorni in relazione ai bisogni del caso</li> <li>• <b>Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) di III livello:</b> 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). Assorbono le prestazioni un tempo definite di Ospedalizzazione domiciliare.</li> </ul> <p>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 palliativista. Le cure palliative devono essere erogate da un'équipe in possesso di specifiche competenze.</p>
<p><b>Cure palliative</b></p>	<p>Palliativo deriva dal latino "pallium": mantello, protezione. Il termine palliativo significa coprire la sofferenza, proteggere il malato dal disagio e dalle sofferenze provocate dalla malattia.</p> <p>Le cure palliative sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria.</p> <p>Le cure palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale.</p> <p>Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di rispettare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine.</p>
<p><b>Cure prestazionali (Assistenza domiciliare prestazionale)</b></p>	<p>L'Assistenza domiciliare prestazionale è costituita da quelle prestazioni professionali, erogate in risposta a bisogni sanitari, di tipo medico infermieristico o riabilitativo, anche ripetute nel tempo, ma che non richiedono la valutazione multiprofessionale o multidimensionale e la compilazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) . Le cure domiciliari prestazionali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o da altri servizi distrettuali e non devono essere valute dall'UVM.</p> <p>Possono essere occasionali o cicliche programmate.</p>

	<p>Le Cure Prestazionali comprendono: l'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), l'Assistenza Infermieristica Domiciliare (AID) e l' Assistenza Riabilitativa Domiciliare (ARD).</p> <p>Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): consiste nella programmazione sistematica delle visite domiciliari del Medico di Medicina Generale (MMG). La possibilità di attivazione dell'ADP è limitata esclusivamente ai soggetti che presentano le seguenti caratteristiche:</p> <p>a) impossibilità permanente a deambulare (es. grandi anziani con deficit alla deambulazione, portatori di protesi agli arti inferiori con gravi difficoltà a deambulare);</p> <p>b) impossibilità ad essere trasportato in ambulatorio con mezzi comuni (paziente non autosufficiente o paziente abitante in un piano alto e senza ascensore);</p> <p>c) impossibilità per gravi patologie che necessitino di controlli ravvicinati sia in relazione alla situazione socio-ambientale che al quadro clinico, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• insufficienza cardiaca in stadio avanzato;</li> <li>• insufficienza respiratoria con grave limitazione funzionale;</li> <li>• arteriopatia obliterante degli arti inferiori in stadio avanzato;</li> <li>• gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione;</li> <li>• cerebropatici e cerebrolesi, con forme gravi;</li> <li>• paraplegici e tetraplegici</li> </ul>
<b>Dimissione protetta</b>	<p>Modalità di dimissione concordata tra l'ospedale e i servizi sanitari territoriali di pazienti in condizioni di non autosufficienza o di incompleta stabilizzazione clinica, che richiedono, a domicilio o in struttura residenziale territoriale sanitaria o sociosanitaria, la continuazione delle cure mediche, infermieristiche e riabilitative.</p>
<b>Equipe operativa</b>	<p>E' l'equipe che realizza il percorso a domicilio della persona assistita. L'equipe Operativa è specifica e variabile per ogni singolo caso ed è costituita da tutti gli operatori del pubblico e del privato che provvedono all'attuazione del PAI. Essa è pertanto costituita dagli operatori che si prendono cura a livello domiciliare del paziente e della sua famiglia; è coordinata in genere dal MMG/PLS per la parte sanitaria e dall'assistente sociale dell'ambito territoriale per la parte sociale. A differenza dunque dell'UVM., che è un team "rappresentativo" della complessità del bisogno dell'assistito e che, per essere funzionale, deve essere agile e opportunamente ristretta, l'Équipe operativa" integrata è necessariamente costituita in ogni momento dall'insieme degli operatori che in quel momento si prendono cura del soggetto: di qui, inoltre, la necessità e il rilievo della figura del Case Manager e la complessità dei suoi compiti.</p>
<b>Grado di autonomia</b>	<p>Indipendenza. Capacità di gestire e di provvedere ai propri bisogni, utilizzando le proprie potenzialità e le risorse disponibili e senza subire le influenze esterne ed estranee.</p>

<b>Grado di invalidità</b>	Livello (solitamente espresso in percentuale) di autonomia (fisica e/o psichica) dell'individuo, certificata da apposita commissione sanitaria. Vedi invalidità.
<b>Indicatore</b>	Caratteristica qualitativa (confrontabile) o quantitativa (misurabile) di un oggetto o di un fenomeno che su questi consente di costruire ipotesi, dare giudizi. Il risultato dell'osservazione della caratteristica in questione, sia essa uno stato o un evento, definisce il 'valore' o la misura dell'indicatore.
<b>Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE)</b>	Strumento che consente di selezionare i potenziali utilizzatori del servizio in ordine alle condizioni reddituali, familiari e/o individuali, nonché di far partecipare, proporzionalmente alle proprie risorse, i potenziali utilizzatori, al fine di garantire l'universalità o, almeno, l'allargamento di accesso alle prestazioni. Lo strumento consente di omogeneizzare la base informativa necessaria a definire i criteri di selettività e/o grado di partecipazione nell'accesso alle prestazioni agevolate, consentendo un miglior utilizzo delle risorse pubbliche (DPCM n. 159/2013). In corso l'iter di approvazione del recepimento del nuovo ISEE nella normativa regionale (novellato art. 6 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i. con Del. G.R. n. 422/2015 e successivi adempimenti).
<b>Livelli Essenziali di Assistenza - LEA</b>	<p>L'insieme delle prestazioni e dei servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.</p> <p>I LEA sono organizzati in tre grandi Aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alle collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);</li> <li>- l'assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);</li> <li>- l'assistenza ospedaliera, in ospedali per acuti, in ricovero ordinario e in ricovero diurno (day hospital e day surgery), in pronto soccorso, in ospedali per la lungodegenza e la riabilitazione, in ricovero ordinario e in ricovero diurno (day hospital).</li> </ul>

<b>Ospedalizzazione domiciliare</b>	Espressione ormai da considerarsi superata, in quanto rientrante nelle cure domiciliari di III livello, così come la cosiddetta "Ospedalizzazione domiciliare a malati terminali". La collocazione elettiva delle cure domiciliari, infatti, è nel LEA Assistenza distrettuale, anche quando vengono forniti apporti ospedalieri (risorse umane, tecnologie).
<b>Porta Unitaria d'accesso (P.U.A.)</b>	<p>La Porta Unitaria di Accesso è una modalità organizzativa volta a facilitare l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali. La Porta Unitaria di Accesso deve tendere a superare una serie di barriere informative, relazionali, culturali e fisiche spesso determinate da una rete di offerta caratterizzata da frammentazione erogativa, complessità delle procedure di accesso, dallo scarso coordinamento tra le varie Istituzioni e unità operative coinvolte.</p> <p>Il servizio si configura come una struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona, attraverso sportelli unificati per l'accesso a tutti i servizi sociosanitari territoriali, con attenzione all'ascolto delle persone e vigilanza sul rischio di burocratizzazione del servizio.</p> <p>La PUA svolge anche funzione di supporto organizzativo al lavoro dell'UVM, con la gestione delle agende dell'UVM e delle figure di volta in volta coinvolte, delle richieste urgenti derivanti dal MMG/PLS ovvero dal medico ospedaliero in caso di "dimissioni protette".</p> <p>Le principali funzioni: informazione, orientamento, accompagnamento, preistrutturazione richieste e supporto organizzativo all'UVM.</p>
<b>Presa in carico</b>	<p>È un processo, un insieme di azioni, percorsi, strategie, che il Servizio sanitario mette in atto per rispondere a bisogni di salute complessi e che richiedono un'assistenza continuativa o prolungata nel tempo coinvolgendo diverse professionalità. Nell'ottica del Punto Unico di Accesso, la "presa in carico" può essere definita come "un processo integrato e continuativo che si configura come "governo" di un insieme articolato e coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso e articolato".</p> <p>La "presa in carico" è legata alla "complessità" dei bisogni, della domanda, della valutazione dei bisogni e dell'offerta e, a tale complessità, è strettamente legato il concetto di "unitarietà".</p> <p>La complessità, infatti, richiede "unitarietà" di azioni nei diversi livelli di intervento (tra soggetti istituzionali; tra soggetti professionali; tra i diversi attori che operano nel contesto socio-ambientale: famiglia, ambiente sociale, comunità). La complessità richiede "continuità" tra i bisogni, espressi da una domanda, e le risposte rappresentate dall'offerta di servizi; di risposte modulate nella loro gradualità e modulate nel tempo.</p> <p>Si "prende in carico" la persona, nella sua globalità, e con i bisogni della stessa.</p> <p>La presa in carico si compone di diverse fasi e momenti (richiesta di aiuto; analisi della domanda; progetto di intervento; elaborazione e attuazione del Piano Assistenziale individualizzato (PAI) degli Interventi; verifica e valutazione; chiusura dell'intervento).</p>

<p><b>Piano Assistenziale Individualizzato (PAI)</b></p>	<p>E' lo strumento di attuazione della presa in carico. Scopo del Piano Assistenziale Individualizzato è quello di superare le "logiche prestazionali" a favore di globalità e continuità assistenziale, coinvolgendo gli attori interessati su progetti di cura, intorno ai bisogni della persona. E' elaborato nel corso della valutazione sanitaria dall'équipe sanitaria di valutazione o dall'UVM nel caso di valutazione sociosanitaria per ognuno dei cittadini presi incarico. Tiene conto dei bisogni, delle aspettative e delle priorità dell'assistito e del suo ambito familiare, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei fattori ambientali, contestuali, personali e familiari. Il PAI è redatto su apposito modulo predefinito digitale. L'UVM è responsabile del PAI e ne verifica l'attuazione mediante il <i>Case manager</i>.</p> <p>Il PAI deve definire esplicitamente e in maniera analitica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gli obiettivi e i risultati attesi, sia riguardo alla persona assistita che ai suoi</li> <li>• familiari; in rapporto al bisogno accertato, la tipologia di servizi e prestazioni sociali e sanitarie da erogare, modalità di erogazione, livello di intensità (alto, medio-lieve) dell'intervento e le figure professionali impegnate;</li> <li>• titolarità, competenze e responsabilità di spesa</li> <li>• le competenze e funzioni del responsabile della presa in carico delle figure di riferimento</li> <li>• le competenze e funzioni del referente familiare</li> <li>• la durata del progetto, con la previsione di una verifica intermedia e finale</li> <li>• le modalità di dimissione in relazione alla verifica del raggiungimento degli obiettivi</li> <li>• consenso del cittadino interessato, o dei familiari, o di un tutore giuridico o di altri terzi disponibili, a partecipare al progetto personalizzato, anche per l'eventuale quota di compartecipazione alla spesa.</li> </ul>
<p><b>Unità di Valutazione Integrata (UVM.)</b></p>	<p>L'Unità di Valutazione Integrata (UVM.) è un'équipe socio-sanitaria multidisciplinare integrata, composta da personale dell'ASL e dei Comuni .</p> <p>Essa è disciplinata dalla L.r. n. 19/2006, dalla l.r. n. 25/2006, dal Reg. R. n. 4/2007, dalla L.R. n.4/2010 Omnibus , dalla DGR n. 691/2011, cui si fa rinvio.</p>
<p><b>Valutazione</b></p>	<p>Analisi sistematica e scientifica dei dati collegati allo stato di malattia e di bisogno sociosanitario della persona, all'attuazione del PAI, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza del programma stesso. Con la valutazione si verificano i benefici raggiunti, rispetto alle risorse impiegate e agli obiettivi preposti, nonché l'adeguatezza delle strategie attuate per il raggiungimento degli stessi risultati. Può fare riferimento a standards, scale qualitative e oggettive ed impiega tecniche e strumenti vari.</p>



<b>Valutazione dei risultati</b>	E' la verifica attuata alla fine del PAI e serve per definire i reali effetti prodotti sull'utente. Tale verifica confronta la situazione iniziale della persona con quella finale e con gli obiettivi posti.
<b>Valutazione Multidimensionale</b>	<p>Processo di tipo dinamico e interdisciplinare volto a identificare e descrivere la natura e l'entità dei problemi di salute di un soggetto e a caratterizzare le sue risorse e potenzialità.</p> <p>Questo approccio valutativo/diagnostico esplora le diverse dimensioni della persona nella sua globalità, ovvero la dimensione clinica, la dimensione funzionale, la dimensione cognitiva, la situazione socio-relazionale-ambientale.</p>



<b>Legenda degli Acronimi</b>	
<b>ADI</b>	Assistenza Domiciliare Integrata
<b>ADO</b>	Assistenza Domiciliare Oncologica
<b>ADR</b>	Assistenza Domiciliare Riabilitazione
<b>ADP</b>	Assistenza Domiciliare Programmata (del MMG)
<b>CDI</b>	Cure Domiciliari Integrate
<b>CP</b>	Cure Prestazionali
<b>DP</b>	Dimissione Protetta
<b>LEA</b>	Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria
<b>LIVEAS</b>	Livelli Essenziali di Assistenza Sociale
<b>LEP</b>	Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali
<b>MMG</b>	Medico di Medicina Generale
<b>PAI</b>	Piano Assistenziale Individualizzato
<b>PAT</b>	Programma delle Attività Territoriali
<b>PdZ</b>	Piano di Zona
<b>PLS</b>	Pediatra di Libera Scelta
<b>PO</b>	Presidio Ospedaliero
<b>PUA</b>	Porta Unitaria di Accesso
<b>SAD</b>	Servizio Domiciliare Socio-Assistenziale
<b>SVAMA</b>	Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano
<b>SVAM-Di</b>	Scheda di Valutazione Multidimensionale delle persone disabili
<b>UO</b>	Unità Operativa
<b>UVM</b>	Unità di Valutazione Multidimensionale