



Comune di Taranto



**PROTOCOLLO OPERATIVO SULLE CURE DOMICILIARI  
INTEGRATE (CDI)  
a supporto del vigente Piano sociale di Zona (2022 – 2024)**

## INDICE

	Premessa	Pag.	3
1	Impegni reciproci	"	4
2	Priorità	"	4
3	Finalità	"	4
4	Destinatari	"	4
5	Criteri di ammissione e di eleggibilità	"	5
6	Modalità di accesso e di organizzazione	"	5
7	Caratteristiche delle cure domiciliari integrate	"	5
8	Tipologia e livelli delle cure domiciliari	"	6
9	Durata delle cure domiciliari integrate	"	7
10	Figure professionali e tempi medi degli accessi domiciliari	"	8
11	Prestazioni socio-assistenziali	"	8
12	Il referente familiare (care giver)	"	9
13	Strumenti operativi	"	9
14	Qualità del servizio	"	9
15	Risorse e livelli di responsabilità	"	10
16	Partecipazione/compartecipazione alla spesa da parte degli utenti	"	11
17	Privacy	"	11
18	Disposizione finale	"	11
	GRAFICO 1 – Cure domiciliari integrate (già assistenza domiciliare integrata: A.D.I.) – Il percorso utile all'accesso	"	12
	Riferimenti normativi	"	13
	Allegato 1 – Standard qualificanti i Lea cure domiciliari di I, II e III Liv.	"	16

## PREMESSA

A seguito di quanto previsto dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento per l'Integrazione Socio-Sanitaria (DPCM 14/02/2001) e dalla "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" elaborata dalla Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli di assistenza del Ministero della Salute - 2006 – (L.E.A. ASSISTENZA DISTRETTUALE), l'utilizzo della denominazione "cure domiciliari" anziché "assistenza domiciliare" risponde alla necessità di distinguere in modo esclusivo le cure sanitarie e socio-sanitarie integrate dalle forme di assistenza domiciliare di natura socio-assistenziale e tutelare.

Anche con l'aggiornamento dei LEA operato dal DPCM del 12 gennaio 2017, all'art. 22, co. 2 viene ribadito che "le cure domiciliari, come risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, si integrano con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia".

Nello specifico per *cure domiciliari integrate* (già assistenza domiciliare integrata – A.D.I.) si intende un servizio che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, **con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico**, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità di vita quotidiana.

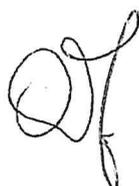
Il servizio, di competenza sia del SSN che dell'Ente Locale, fondato sul modello della domiciliarizzazione delle cure e delle prestazioni (intendendo per domicilio l'abituale ambiente di vita della persona, sia esso la propria abitazione o una struttura comunitaria, casa di riposo, casa protetta o altra struttura di accoglienza a carattere prevalentemente socio-assistenziale), si connota per la forte valenza integrativa delle prestazioni, in relazione alla natura ed alla complessità dei bisogni a cui si rivolge.

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

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

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

In coerenza con quanto previsto dal V Piano Regionale delle Politiche Sociali (2022 – 2024) e dall'accordo di Programma sottoscritto il 14 marzo 2023, l'Ambito Territoriale di Taranto e la ASL Taranto, dopo ampia discussione di merito nella Cabina di Regia Territoriale ritengono opportuno stipulare il Presente Protocollo Operativo per la corretta realizzazione all'interno del Piano Sociale di Zona, delle Cure Domiciliari Integrate, così come previste dalle vigenti "Linee Guida Regionali" (DGR n. 630/2015 e n. 750/2015)



## 1. IMPEGNI RECIPROCI

L'assunzione di responsabilità e di reciproci impegni è ritenuta condizione imprescindibile per l'attuazione del Piano Sociale di Zona e in particolare dei servizi sociali e sociosanitari da parte delle Amministrazioni che aderiscono al Protocollo Operativo. Il Comune di Taranto e la ASL Taranto, quali firmatari del presente Protocollo si obbligano a contribuire alla realizzazione degli obiettivi indicati nel Piano di Zona nonché nel V Piano Regionale delle Politiche sociali (2022-2024), secondo la parte a ciascuno di essi attribuita e in particolare, ai fini del raggiungimento degli obiettivi medesimi, si impegnano a seguire il criterio della massima diligenza per superare eventuali difficoltà ed imprevisti sopraggiunti nella fase esecutiva dei programmi prestabiliti nel Piano di Zona.

## 2. PRIORITÀ

Le componenti istituzionali firmatarie del presente Protocollo s'impegnano, per le parti di propria competenza, a realizzare in forma integrata gli specifici interventi a partire da quelli sulle Cure Domiciliari Integrate (CDI) a persone disabili, anziane e/o non autosufficienti.

## 3. FINALITÀ

- Assistenza a persone con patologie trattabili a domicilio al fine di evitare il ricorso inappropriato del ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale;
- Continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure;
- Supporto alla famiglia;
- Adozione di modalità di intervento mirate al recupero, al reinserimento, all'autonomia, alla salvaguardia della vita affettiva e di relazione dell'utente;
- Sviluppo di una modalità d'intervento incentrata sul lavoro d'équipe al fine di realizzare l'effettiva integrazione degli interventi;
- Economicità dell'assistenza\*.

\* Il costo complessivo delle cure domiciliari integrate, al netto della quota di compartecipazione dell'utente per i costi socio-assistenziali (secondo quanto disciplinato con il Regolamento comunale approvato con Del. C.C, n. 11/2023), non deve superare quello dell'assistenza in regime residenziale, e trova riferimento per la sua attribuzione rispettivamente al Comune di residenza/Ambito territoriale e al Distretto Socio-Sanitario, salvo diverse valutazioni all'appropriatezza della prestazione.

## 4. DESTINATARI

Le Cure Domiciliari Integrate di primo e secondo livello sono rivolte a soggetti in condizione di non autosufficienza o ridotta autosufficienza temporanea o protratta, derivante da condizioni critiche di bisogno socio-sanitario:

- ✚ anziani e disabili, minori e adulti in condizioni di fragilità;
- ✚ con patologie acute temporaneamente invalidanti, trattabili a domicilio;
- ✚ pazienti in dimissione socio-sanitaria protetta da reparti ospedalieri;

- ✦ con disabilità, pluripatologie e patologie cronico-degenerative che determinano limitazione dell'autonomia.

## 5. CRITERI DI AMMISSIONE E DI ELEGGIBILITÀ

I requisiti o condizioni di eleggibilità generali per l'attivazione delle cure domiciliari integrate, sono:

- condizione di **non autosufficienza, disabilità e/o di fragilità, e patologie in atto o esiti** delle stesse che necessitano di cure erogabili a domicilio;
- supporto familiare e/o informale;
- condizioni abitative;
- consenso informato da parte della persona e della famiglia;
- presa in carico da parte del MMG/PLS;<sup>1</sup>
- residenza nel Comune di Taranto.

Le prestazioni oggetto del presente Protocollo si integrano con l'eventuale riconoscimento dell'assegno di cura, di cui all'art. 33 della legge regionale n. 19/2006, in presenza di una situazione di fragilità economica connessa alla non autosufficienza di uno dei componenti del nucleo familiare.<sup>2</sup>

## 6. MODALITÀ DI ACCESSO E DI ORGANIZZAZIONE

La domanda di accesso alle cure domiciliari integrate di primo o secondo livello può essere formulata dalla persona in stato di bisogno o, in caso di interdizione, dal tutore ovvero, con il consenso informato della persona interessata, da un familiare, dall'assistente sociale interessato al caso, dal MMG/PLS, dal medico della unità ospedaliera, dal soggetto civilmente obbligato.

Il recepimento della domanda è di competenza della Porta Unica di Accesso (PUA) alla quale spetta decodificare il bisogno per orientare la persona verso il percorso più appropriato.

La valutazione della ammissibilità della domanda è competenza della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che verifica le condizioni di eleggibilità, elabora il piano assistenziale individualizzato (PAI) nel rispetto di quanto previsto nel protocollo operativo della UVM.

## 7. CARATTERISTICHE DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE

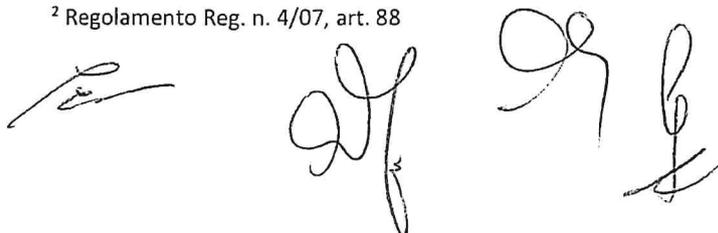
I profili di cura si qualificano per livelli differenziati attraverso:

- a - la natura del bisogno;

---

<sup>1</sup> LEA 2006 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" – Ministero della Salute - Atti della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA

<sup>2</sup> Regolamento Reg. n. 4/07, art. 88



- b - l'**intensità**, definita con l'individuazione di un coefficiente (CIA<sup>3</sup>);
- c - la **complessità** in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI (valore GEA<sup>4</sup>);
- d - la **durata media** (GdC<sup>5</sup>) in relazione alle fasi temporali: intensiva, estensiva e di lungo assistenza, e le **fasce orarie** di operatività;
- e – il tipo di **prestazioni domiciliari** per profilo professionale.

## 8. TIPOLOGIA E LIVELLI DELLE CURE DOMICILIARI

Le Cure Domiciliari Integrate consistono in interventi da fornire ai cittadini al fine di favorire la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socio-assistenziali e sanitarie.

Caratteristiche di tali cure è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche e riabilitative) in forma integrata e second progetti personalizzati di interventi.

È possibile classificare le cure domiciliari in tre livelli:

- I. **Cure Domiciliari Integrate (A.D.I.) di I livello:** sono costituite da prestazioni di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati articolati fino a **n. 5 giorni** (salvo diverse valutazioni aggiuntive);
- II. **Cure Domiciliari Integrate (A.D.I.) di II livello:** le prestazioni devono essere articolate fino a **n. 6 giorni** (salvo diverse valutazioni aggiuntive); in relazione alle criticità e complessità del caso. Sono inoltre ADI di II livello lesioni vascolari croniche e ferite difficili in generale fino alla totale guarigione, trattate con medicazioni avanzate, nonché i pazienti con PAI che, pur prevedendo un numero di accessi minore di 6 giorni, possono rientrare per intensità di cure.
- III. **Cure Domiciliari Integrate (A.D.I.) di III livello (ad elevata intensità):** sono prestazioni a favore di persone con patologie che presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedono continuità assistenziale e interventi programmati 7 giorni su 7 – considerato anche il servizio di pronta disponibilità – (es. SLA/SMA, pazienti terminali, anche oncologici, pazienti in dipendenza continuativa dalle macchine per le funzioni vitali). Dette prestazioni si integrano con l'organizzazione di cui alla rete assistenziale per le malattie rare e per la SLA, secondo la normativa vigente. Assorbono le prestazioni già definite di Ospedalizzazione domiciliare. Anche le Cure Palliative rientrano nel III livello, in questo caso la responsabilità clinica permane in capo al MMG o PLS che si può avvalere anche del medico che segue la

<sup>3</sup> CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: numero GEA/numero GdC

<sup>4</sup> GEA = giornata effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

<sup>5</sup> GdC = giornate di cura: durata del piano di cura dalla presa in carico alla dimissione dal servizio

terapia del dolore individuato nell'ambito del PAI. Le cure palliative devono essere erogate da un'equipe in possesso di specifiche competenze.

Per tutti i livelli di CDI si fa riferimento sia alle prestazioni ADI di competenza del SSR che delle prestazioni ADI di competenza del sistema degli Enti Locali. A queste possono essere integrate – rimanendo a totale carico del Comune – prestazioni socio-assistenziali e socio-sanitarie da effettuarsi nell'ambito delle prestazioni SAD per la pulizia, la movimentazione e l'alimentazione della persona, la pulizia degli ambienti domestici, comunque erogate da equipe composte da figure professionali con qualifica di OSS e da eventuale presenza di figure ausiliarie con qualifiche ex OTA-OSA-ADeST o assistenti familiari.

Al netto delle cure palliative, i pazienti oncologici usufruiscono delle cure domiciliari integrate previa valutazione in sede di UVM.

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 svolte nell'ambito degli appalti SAD.

## 9. DURATA DELLE CURE DOMICILIARI INTEGRATE

Si distinguono in:

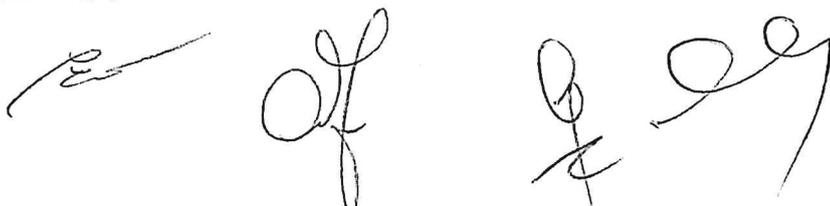
- **C.D. a breve termine.** Situazione in cui, dopo un aggravamento delle condizioni sanitarie e/o sociali dell'utente, è necessario un progetto attivo di educazione sanitaria, assicurazione e sostegno essenziale per mettere in grado la rete familiare di farsi carico dell'assistenza;
- **C.D. a medio termine.** Situazione in cui il PAI, di più ampia durata, è finalizzato a sostenere il nucleo familiare e/o la rete solidale in un periodo critico o a promuovere l'autonomia del paziente;
- **C.D. a lungo termine.** Casi in cui le cure domiciliari evitano l'ingresso in strutture residenziali e l'ospedalizzazione impropria e ripetuta.

La durata media indicata come standard qualificante delle cure domiciliari di 1° e 2° livello è di 180 giorni, di 3° livello 90 giorni e delle cure palliative ai malati terminali 60 giorni.<sup>6</sup>

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

---

<sup>6</sup> LEA 2006 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" – Ministero della Salute - Atti della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA – All. 1



## 10. FIGURE PROFESSIONALI E TEMPI MEDI DEGLI ACCESSI DOMICILIARI

L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto e il Comune di Taranto mettono a disposizione le figure professionali necessarie all'erogazione degli interventi delle cure domiciliari, nella misura concordata con la pianificazione del Piano di Zona e del Programma delle Attività Territoriali.

All'interno dell'èquipe erogatrice delle cure domiciliari l'UVM individua un **responsabile del caso** (case manager) che, in collaborazione con il MMG/PLS, orienta e coordina gli interventi in base a quanto definito nel PAI, compresa l'assistenza protesica e farmaceutica.

È colui che ha in mano la verifica della fase operativa della Cura domiciliare integrata, relativamente a: **chi ha fatto, che cosa, con quale frequenza, in che modo, in che tempi, etc..**

Rappresenta il primo riferimento organizzativo per l'assistito, la sua famiglia e gli operatori dell'èquipe assistenziale. Tutela l'assistito ed è garante del raggiungimento delle finalità assistenziali, della comunicazione tra i membri dell'èquipe e del raccordo funzionale tra le prestazioni erogate.

Può essere una figura sanitaria o sociale.

Allo scopo di fornire ogni utile elemento di valutazione per il caso, partecipa alle sedute dell'UVM per la verifica e l'eventuale revisione del PAI.

I tempi medi in minuti per accesso domiciliare di ciascuna figura professionale impegnata sono riconducibili agli *Standard Qualificanti i LEA Cure Domiciliari* (All. 1)<sup>7</sup>, da intendersi quale mero documento orientativo e non vincolante in termini di soglie di spesa in relazione ai reali bisogni di assistenza.

## 11. PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI

L'operatore socio-sanitario, sinteticamente O.S.S., è una figura professionale di recente istituzione, codificata dall'Accordo Stato-Regioni del 18 febbraio 2001. Sostituisce le precedenti figure professionali che si occupavano di assistenza sia nell'area sanitaria che nell'area sociale, integrando funzioni e competenze delle due aree in un unico contesto professionale.

Le sue attività sono volte a valorizzare le capacità residue della persona assistita per rafforzarne l'autostima e l'autonomia, in coerenza con il progetto assistenziale definito in sede di UVM.

La responsabilità della gestione del personale di supporto (OSS) all'interno del processo assistenziale è dell'infermiere (DPR 739/94 e Legge 42/99), pertanto, fermo restando le competenze dell'Ente Locale per il reclutamento del Personale OSS.

---

<sup>7</sup> Idem.

## 12. IL REFERENTE FAMILIARE (CARE GIVER)

Il care giver è colui che si prende cura per più tempo dell'assistito, stando più frequentemente in "contatto" con lui.

È in genere un familiare o comunque un convivente dell'assistito; può essere anche un amico, un vicino di casa o un volontario.

L' UVM individua precocemente la persona che svolge questo ruolo e ne valuta capacità, competenze ed esigenze di supporto, in quanto costituisce risorsa operativa preziosa contribuendo alla realizzazione del PAI.

## 13. STRUMENTI OPERATIVI

Per ogni utente è predisposta idonea Cartella di Assistenza Domiciliare Integrata nella quale sono ricondotti:

1. la S.Va.Ma
2. il PAI ;
3. il consenso informato;
4. il diario delle attività assistenziali svolte a domicilio della persona;
5. ogni variazione e aggiornamento.

Tutti gli operatori si impegnano ad utilizzare detta cartella registrando i loro interventi e controfirmando.

Al domicilio della persona, il care giver tutela una scheda/diario giornaliera per l'annotazione delle "prestazioni effettuate" dagli operatori ed i tempi di attuazione. La scheda è controfirmata dall'utente stesso o da un suo familiare, a comprova della prestazione resa dagli Operatori.

La scheda/diario giornaliera, quale parte integrante della cartella clinica, è resa al Responsabile dell'Unita Cure Domiciliari del Distretto al momento della dimissione dell'utente dal servizio.

È responsabile della cartella Assistenza Domiciliare Integrata il Direttore del Distretto Socio-Sanitario o suo Delegato.

## 14. QUALITÀ DEL SERVIZIO

L'erogazione delle prestazioni in regime domiciliare avviene sulla base di stime di:

15. Adeguatezza
16. Appropriatezza
17. Economicità

Nella valutazione della qualità si fa riferimento a 3 (tre) dimensioni:

1. la qualità organizzativo-gestionale;
2. la qualità tecnico-professionale;
3. la qualità percepita.

La valutazione "di impatto" è preferita alla valutazione "di prodotto", secondo una metodologia condivisa con gli stessi utenti e/o con gli organismi di rappresentanza e di tutela dei cittadini.

Gli indicatori a cui si fa riferimento sono:

- ❖ quelli di risultato, al fine di verificare le ricadute che il servizio ha in merito alla salute degli utenti, alla qualità di vita, al grado di soddisfazione che esprimono;
- ❖ l'autovalutazione, quale strumento costante di monitoraggio e di riflessione sulla propria realtà operativa;
- ❖ l'accreditamento, come modo indiretto di valutare la qualità dei Soggetti terzi, nella fase di affidamento del servizio.

Riguardo alla qualità percepita, gli utenti saranno coinvolti attraverso gli strumenti tradizionali della customer satisfaction (esempio: questionari strutturati e validati).

## **15. RISORSE E LIVELLI DI RESPONSABILITÀ**

Il servizio delle cure domiciliari integrate comprende prestazioni di tipo socio-assistenziale e sanitario, che si articolano per aree di bisogno, offerte dalla ASL Taranto ed il Comune di Taranto, nella misura e secondo la modalità concordata con il Piano Sociale di Zona e il Programma delle Attività Territoriali.

Il costo del servizio di cure domiciliari integrate trova copertura al 100% a carico della Servizio Sanitario regionale, per le prestazioni sanitarie, infermieristiche, riabilitative, farmaceutica, protesica; e al 50% per le prestazioni di aiuto infermieristico e igiene e cura alla persona garantite dall'OSS.

Il cofinanziamento ASL per l'assistenza tutelare di cui sopra è quantificato in costo monetario da erogare in favore del Comune di Taranto.

Le prestazioni continuative ed estensive (SAD) di assistenza tutelare alla persona garantite dall'OSS, nonché ulteriori prestazioni connesse all'igiene della persona e dell'ambiente domestico, alla compagnia e alla preparazione pasti sono al 100% a carico del Comune di Taranto, nell'ambito servizi di SAD appaltato o erogato in regime di buono servizio, in quanto prestazioni a valenza socioassistenziale.

Le prestazioni di assistenza tutelare sono affidate a soggetti terzi secondo modalità e le condizioni indicate nel Regolamento per l'Affidamento dei Servizi adottato dall'Ambito o mediante erogazione dei buoni servizio.

La copertura della spesa per le CDI si avvalgono delle seguenti risorse finanziarie, anche in conformità all'Accordo di Programma sottoscritto tra Ambito ed ASL:

- Risorse ordinariamente assegnate nella programmazione del Piano Sociale di Zona all'Ambito (FNA, FNPS, Risorse proprie di bilancio comunale) nonché le risorse di fonte nazionale e comunitaria (PNCIA-PAC, ricorso all'acquisto di prestazioni con i "buoni servizio" per sostenere il pagamento delle prestazioni medesime da parte dei cittadini, che scelgono il soggetto erogatore dall'apposito Catalogo regionale dell'Offerta);
- Risorse dell'ASL

## 16. PARTECIPAZIONE/COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA DA PARTE DEGLI UTENTI

I soggetti erogatori delle cure domiciliari integrate di primo e secondo livello, ispirati alla massima trasparenza, sono tenuti a rendere ai beneficiari le informazioni in riferimento alla tipologia delle prestazioni, alla tariffa per ciascuna prestazione, alle modalità di partecipazione/compartecipazione alla spesa, al fine di garantire pari opportunità di orientamento, diritto di scelta e fruizione.

Gli utenti partecipano al costo del servizio in rapporto alle proprie capacità economiche attraverso la certificazione ISEE del nucleo familiare<sup>8</sup>, e compartecipano secondo il principio della gradualità della contribuzione in relazione alle effettive condizioni economiche.

I soggetti in situazione di handicap permanente grave (art. 3, L.104/92), ed i soggetti ultrasessantacinquenni in condizioni di non autosufficienza fisica e psichica, partecipano ai costi con la situazione economica personale, qualora più favorevole (redditi percepiti ad ogni titolo).

Per quanto non previsto nel presente protocollo si fa riferimento a quanto stabilito nel "Regolamento per l'accesso al sistema integrato dei servizi e degli interventi locali" vigenti nell'Ambito Territoriale.

## 17. PRIVACY

La persona è informata del trattamento dei dati sensibili, come disposto dal D.Lgs.196/2003 e ss.mm.ii.

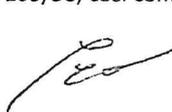
## 18. DISPOSIZIONE FINALE

Per quanto non contemplato nel presente protocollo si fa riferimento alla normativa vigente in materia e nello specifico dall'Accordo di Programma sottoscritto il 14.03.2023 tra l'Ambito Territoriale di Taranto e D.S.S. Unico ASL Taranto.

*Letto, confermato e sottoscritto*

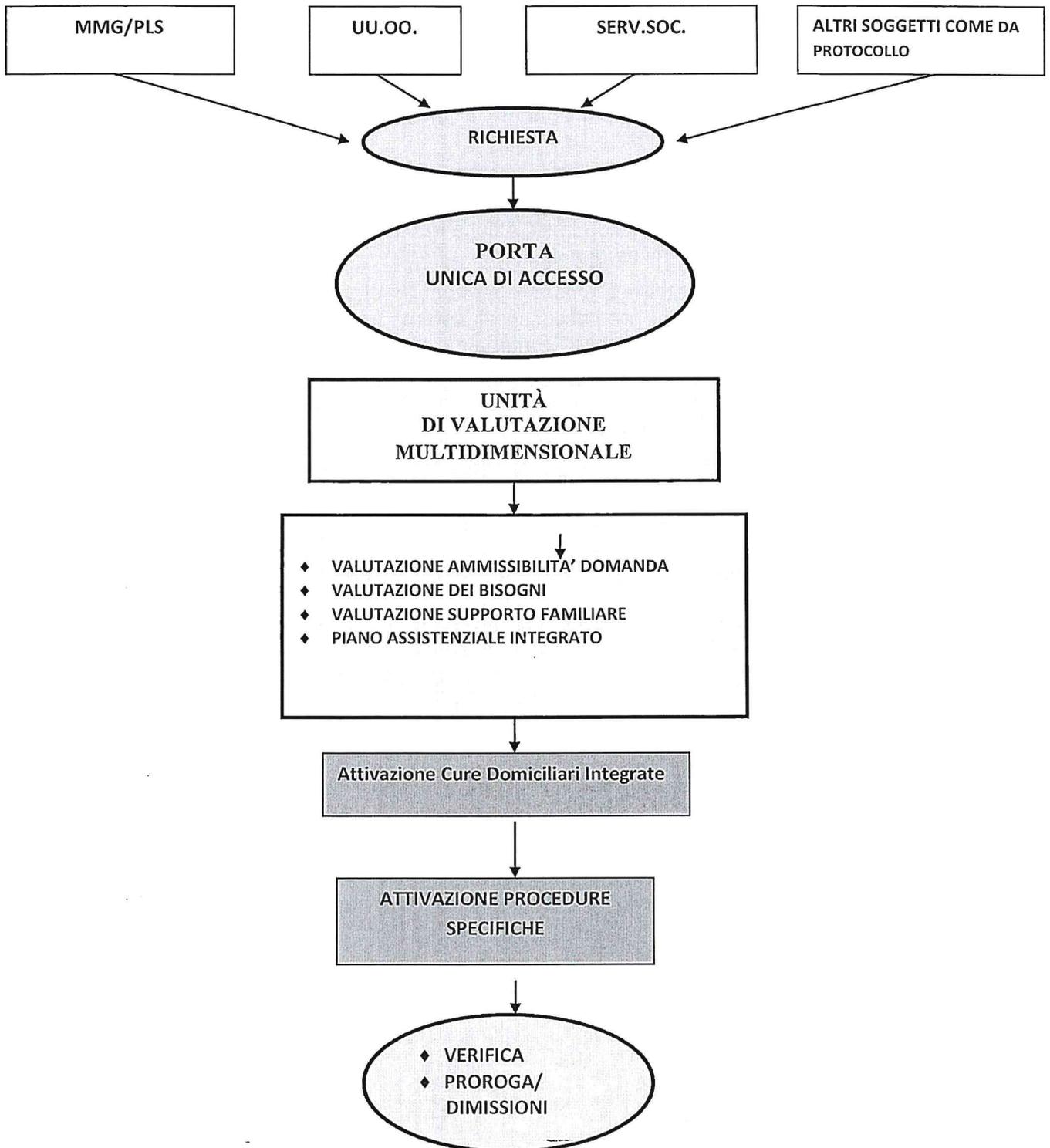
<i>per il Comune di Taranto</i>	<i>per l'ASL Taranto</i>
---------------------------------	--------------------------

<sup>8</sup> D.Lgs. 109/98, così come modificato dal D.Lgs. 130/2000



**GRAFICO 1 – CURE DOMICILIARI INTEGRATE (GIÀ ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - A.D.I.)**

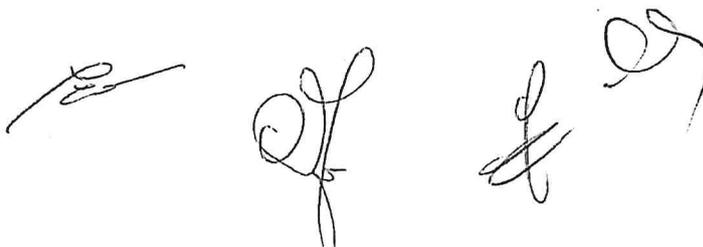
**IL PERCORSO UTILE ALL'ACCESSO**



## Riferimenti normativi

### Normativa nazionale

- L. n. 833 del 23 dicembre 1978 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";
- Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" approvato con risoluzione parlamentare in data 30 gennaio 1992 e relative Linee Guida di attuazione.
- L. n. 241 del 7 agosto 1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi";
- L. 104 del 5 febbraio 1992 "Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate";
- D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni recante "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale";
- L. n. 42 del 26 febbraio 1999 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".
- L. n. 328/2000 – Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.
- D.P.C.M. del 14 febbraio 2001, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie";
- D.P.C.M. del 29 novembre 2001 recante "Definizione dei Livelli Essenziali di assistenza", modificato con DPCM del 5 marzo 2007.
- D.Lgs.196 del 30 giugno 2003 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- Linee Guida ministeriali per "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" e "Prestazioni residenziali e semiresidenziali" approvate dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA istituita con Decreto del Ministro della Salute del 25 febbraio 2004.
- Ministero della Salute – Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento del LEA – Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi a domicilio, 2006
- DPCM del 12.01-2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo1, comma 7, del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502.
- Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 del Ministero delle Politiche Sociali e del Lavoro (D.I. del 22710/2021
- L.n. n. 234 del 30/12/2021 (cd. Legge di Bilancio per il 2022) "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", in particolare ai commi 159-171 dell'art. 1.
- Accordi collettivi nazionali della Medicina generale e della Pediatria di libera scelta
- CCNL Medicina Generale – Allegato H -.

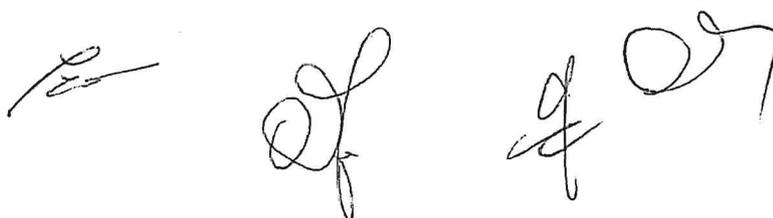


## Normativa regionale

- Del. della G.R. n. 107/2005 "Accesso ai servizi socio sanitari di rete residenziali, semiresidenziali e domiciliari integrati – Unità di Valutazione Distrettuale – Adozione scheda multidimensionale dell'adulto e dell'anziano (S.V.A.M.A.).
- L.R. n. 19/06 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia", art. 59, comma 3.
- L.R. n. 25/2006 "Principi e organizzazione del Servizio Sanitario Regionale".
- Regolamento n. 4/2007, attuativo della L.R. n. 19/06e ss.mm.ii.;
- Linee Guida Regionali per le non autosufficienze (2008-2010).
- Del. G.R. n. 691 del 12 aprile 2011 recante "Linee guida regionali per la non Autosufficienza" e L.R. n. 2/2010 - art. 4 comma 6. Approvazione Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari
- CCNL integrativo Medicina Generale (Art.6).
- Il Piano di Azione per gli Obiettivi di Servizio - Obiettivo ADI (Indicatori S.06 - S.06bis) a valere sulle risorse del Fondo Sviluppo e Coesione 2007-2013 (APQ "Benessere e Salute" sottoscritto il 13 marzo 2014 tra Dipartimento per lo Sviluppo e la Coesione Economica, il Ministero della Salute, il Ministero del Lavoro e Politiche Sociali e la Regione Puglia)
- Deliberazione n. 630 del 30 marzo 2015 ad oggetto "Del. G.R. n. 1403 del 04.07.2014 "Approvazione Programma Operativo 2013-2015 predisposto ai sensi dell'art. 15, comma 20 della legge n. 135/2012" - Artt. 87 e 88 del Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i.. Approvazione Linee Guida regionali per le Cure Domiciliari integrate e Schema di Accordo di Programma tra ASL e Comuni."
- Deliberazione di Giunta Regionale 13.04.2015 n. 750 ad oggetto "Integrazione Delib.G.R. n. 630 del 30.03.2015 con allegato 2 'Linee Guida regionali per le Cure Domiciliari integrate' ";
- Deliberazione di Giunta Regionale 26.05.2015 n. 1160 ad oggetto "Attuazione dell'art. 32 del Reg. R. 18 gennaio 2007, n. 4, per la determinazione della tariffa di riferimento regionale per le prestazioni sociali e sociosanitarie erogate in SAD e ADI ex art. 87 e art. 88 del Reg. R. n. 4/2007". Approvazione";
- Del. G.R. del 14 marzo 2022, n. 353 recante "Artt. 9 e 18 della l.r. n. 19/2006 e ss.mm.ii.. Approvazione del V Piano Regionale delle Politiche Sociali per il triennio 2022-2024 e conseguente variazione al Bilancio di previsione 2022 e pluriennale 2022-2024 per l'iscrizione di maggiori risorse, ai sensi dell'art 51 comma 2 del D.Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii.."
- Del. G.R. del 14 marzo 2022, n. 933 recante "Del. G.R.n. 353/2022 avente ad oggetto l'approvazione del V Piano regionale delle Politiche Sociali 2022/2024. Approvazione dello schema di Accordo di Programma tra Ambiti Territoriali Sociali (ATS) e Aziende Sanitarie Locali (ASL) in materia di programmazione di servizi, interventi e prestazioni sociosanitari da attuare in forma integrata".

### Normativa locale

- Del. D.G. ASL Taranto n. 39/05 "Unità Valutativa Multidimensionale. Costituzione" (istitutiva della UVM aziendale).
- Del. D.G. ASL Taranto n. 279/06 "Unità Valutativa Multidimensionale. Riorganizzazione attività" (istitutiva delle UU.VV.MM. distrettuali);
- Regolamento per l'accesso al sistema di interventi e servizi sociali del Comune di Taranto (Del. C.C. n. 11 del 30.01.2023)
- Del. D.G. ASL Taranto n. 576/2023 "Ambito Territoriale di Taranto – Piano di Zona V Triennialità (2022-2023-2024): Approvazione Accordo di Programma tra ASL Taranto e Comune di Taranto – Programmazione Compartecipazione per le azioni ed i servizi ad integrazione sociale e sanitaria";
- Piano Sociale di Zona dell'Ambito di Taranto 2022 – 2024 (Del. C.C. n. 27 dell'08.03.2023)
- Accordo di Programma (di cui agli artt. 10 della L.R. 10 luglio 2006, n.19 e ss.mm.ii. e 34 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 e ss.mm.ii.) per la realizzazione del sistema integrato di interventi, servizi sociali e sociosanitari dell'Ambito Territoriale di Taranto - D.S.S. Unico ASL Taranto del Piano Sociale di Zona 2022/2024 sottoscritto in data 14.03.2023.



## Allegato 1

### STANDARD QUALIFICANTI I LEA CURE DOMICILIARI DI I, II E III LIVELLO (LEA 2006)

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità	Durata media	Complessità	
		(CIA = GEA/GdC)		Mix delle figure professionali/impegno assistenziale  Figure professionali previste in funzione del PAI e tempo medio in minuti per accesso domiciliare	Operatività del servizio  (fascia oraria 08.00/20.00)
<b>CD Integrate di Primo Livello</b> (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,30	180 giorni	Infermiere (30') Profes. della Riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
<b>CD Integrate di Secondo Livello</b> (già ADI)	Clinico Funzionale Sociale	Fino a 0,50	180 giorni	Infermiere (30' - 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>CD Integrate di Terzo Livello</b> (già OD)	Clinico Funzionale Sociale □	Superiore a 0,50	90 giorni	Infermiere (60') Professionisti della Riabilitazione(60') Dietista (60') Psicologo (60') Medico e/o Medico Specialista (60')	7 giorni su 7 10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore die

				Operatore sociosanitario (60-'90)	sabato e festivi  Pronta disponibilità medica ore 8/20
<b>Cure Palliative malati terminali</b> (già OD CP)	Clinico  Funzionale  Sociale	Superiore a 0,50	60 giorni	Infermiere (60')  Professionisti della Riabilitazione (60')  Dietista (60')  Psicologo (60')  Medico e/o Medico Specialista (60')  Operatore sociosanitario (60 - 90')	7 giorni su 7  10 ore die da lunedì a venerdì  6 ore die sabato e festivi  Pronta disponibilità medica 24 or

Handwritten signatures and initials, including a large signature on the left and several smaller ones on the right and bottom.