



**REGIONE PUGLIA**  
**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE**  
**DELLE PERSONE E DELLE PARI OPPORTUNITÀ**

**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE E INTEGRAZIONE**



**LINEE GUIDA REGIONALI PER LE**  
**NON AUTOSUFFICIENZE**  
**(2008-2010)**

**Allegato A**

## **Indice**

### **Premessa**

#### **Il contesto di riferimento**

1. La popolazione anziana e non autosufficiente in Puglia
2. La rete dei servizi domiciliari
3. La introduzione del Fondo Nazionale per le non autosufficienze
4. La sperimentazione dell'assegno di cura

#### **Priorità di azione per le politiche per le non autosufficienze in Puglia**

1. Le lezioni apprese
2. Gli obiettivi e le azioni

### **Le risorse**

#### **Le linee di intervento e le modalità organizzativo-gestionali**

## **Premessa**

Vivere più a lungo e in migliori condizioni è una conquista resa possibile dal progressivo miglioramento dei fattori ambientali e di benessere sociale. L'età anziana è una fase estremamente importante della vita dell'uomo e non deve identificarsi necessariamente con una fase di dipendenza o di mancanza di autonomia.

L'autonomia dell'individuo dipende da molteplici fattori quali lo stato psico-fisico, l'attività del soggetto, le limitazioni oggettive e la partecipazione sociale. La presenza di servizi e di strutture pensati appositamente per la terza età, e soprattutto la disponibilità di un patrimonio socio-culturale ampio, permette alla persona anziana di mantenere interessi, autonomia e relazionalità, dando quindi un valore positivo alla propria età.

Gli effetti indotti di politiche volte a favorire il mantenimento delle autonomie residue delle persone anziane, con particolare riferimento ai grandi anziani in condizioni di parziale non autosufficienza, si presentano, peraltro, assai positivi in termini di minore pressione della domanda di prestazioni sul sistema regionale ospedaliero ma anche sul sistema regionale delle strutture residenziali sanitarie extraospedaliere (RSA), le strutture riabilitative e le strutture sociosanitarie assistenziali (RSSA).

La Regione persegue gli obiettivi di promuovere il benessere della persona e di sostenere la scelta della permanenza a domicilio, di riservare l'accoglienza residenziale alle persone non altrimenti assistibili, di garantire qualità e appropriatezza degli interventi, nonché accessibilità e sostenibilità economica dei servizi.

Ciò richiede una visione dei bisogni e delle aspettative dei cittadini che comprenda globalmente, all'interno di un quadro unitario, la promozione e il sostegno della domiciliarità, da un lato, e la programmazione e gli interventi della residenzialità, dall'altro.

Il presente documento pone al centro dell'attenzione delle politiche sociosanitarie regionali l'**obiettivo della cura e del benessere della persona non autosufficiente all'interno del contesto di vita domestico e familiare**, assumendo i seguenti **tre orientamenti strategici**:

- la **centralità del cittadino** e il diritto alla libera scelta;
- la **programmazione** territoriale delle risorse;
- l'**integrazione** delle risorse e delle prestazioni.

Lo strumento di attuazione delle linee guida contenute in questo documento è dato dalla la progettazione di dettaglio degli interventi a livello di ambito territoriale/distretto sociosanitario, all'interno della programmazione ordinaria costituita, rispettivamente, dal Piano sociale di Zona e dal PAT. Si tratta, evidentemente, di una progettazione di dettaglio che non può scorrere su binari paralleli, ma che deve integrarsi sin dall'inizio:

- con la individuazione dei bisogni delle persone non autosufficienti e dei rispettivi nuclei familiari, unificando il sistema di valutazione, che diventa multidimensionale, del caso;

- con la costruzione di modalità organizzative e flussi procedurali volti a rendere unico il percorso di accesso alla rete dei servizi e chiaramente individuabili le responsabilità della presa in carico dell'utente-paziente;
- con la integrazione di più tipologie di prestazioni all'interno di un unico progetto individualizzato di assistenza (PAI);
- con la integrazione delle risorse assegnate per gli obiettivi in oggetto alle Aziende Sanitarie Provinciali e ai Comuni singoli e associati, condividendo anche i vincoli di destinazione dei risparmi conseguiti, sul versante della razionalizzazione nella erogazione delle prestazioni residenziali di alta intensità assistenziale sociosanitaria, verso l'obiettivo complessivo di potenziare la rete delle cure domiciliari, in termini qualitativi e quantitativi.

Queste linee guida, dunque, non introducono un nuovo livello di programmazione per Comuni e ASL, ma si prefiggono di declinare sul piano tecnico-operativo obiettivi di cura già declinati nel Piano Regionale delle Politiche Sociali e nel redigendo Piano Regionale di Salute. I Coordinamenti Istituzionali /Conferenze dei Sindaci di tutti i distretti sociosanitari pugliesi sono, pertanto, chiamati, ad integrare e aggiornare le rispettive programmazioni territoriali, al fine di contestualizzare l'utilizzo delle risorse del Fondo Nazionale per le Non Autosufficienze, integrato con le risorse regionali, accrescendone l'efficacia degli interventi promossi.

La seconda parte del presente documento illustra nel dettaglio il piano di attività che consentirà il perseguimento degli obiettivi dichiarati, l'utilizzo delle risorse assegnate e l'attuazione delle linee di azione individuate.

## ***Il contesto di riferimento***

---

### **1. La popolazione anziana e non autosufficiente in Puglia**

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una delle condizioni di maggior rilievo che connotano la trasformazione sociale dell'Italia e di tutti i paesi occidentali degli ultimi anni.

Anche la Puglia negli ultimi anni ne è stata fortemente interessata, nonostante che la sua struttura demografica, propria di una regione del mezzogiorno, fornisce ancora un bilancio demografico positivo.

In Puglia al 31.12.2005 sono **688.205** gli anziani, cioè i residenti con età ultra65enne, pari al **16,9%** del totale della popolazione. In particolare il **41,2%** della popolazione anziana è costituita da cosiddetti grandi anziani, cioè **ultra75enni**.

In Italia l'incidenza della popolazione anziana sul totale della popolazione è pari al 19,1%: se la Puglia è tra le regioni che ancora si colloca al di sotto della media nazionale per incidenza della popolazione anziana, tuttavia preoccupa la dinamica di crescita di tale incidenza, e quindi la dinamica del progressivo invecchiamento della popolazione pugliese, ma soprattutto le caratteristiche del contesto di vita e delle prospettive di vita degli anziani pugliesi.

Al fine di chiarire quale sia il target specifico di riferimento, nell'ambito del complesso della popolazione anziana, e, quindi, di produrre stime il più possibile corrette della spesa sociale e sanitaria che dovrebbe essere dedicata agli anziani

non autosufficienti per soddisfare i bisogni socio-sanitari tipici della loro condizione, è indispensabile chiarire in primis quale sia la definizione di che cosa debba intendersi per anziani non autosufficienti e di quali siano le prestazioni di cui si vuole quantificare la spesa.

In sintesi:

- i) si considerano anziani non autosufficienti le persone con età maggiore di 65 anni disabili in almeno 3 ADL<sup>1</sup> (autonomie nella vita quotidiana- dimensione di analisi della autosufficienza utilizzate nella valutazione multidimensionale);
- ii) si considerano le prestazioni sociosanitarie definite nel Dpcm 29 novembre 01, tuttora in corso di aggiornamento, dopo il ritiro da parte del Ministro per il Welfare del Dpcm 21 mar 2008.

Mutuando quanto definito dal gruppo di lavoro costituito presso l'ASSR per la stima della spesa per prestazioni sociosanitarie per le persone non autosufficienti, occorre considerare i seguenti tratti descrittivi aggiuntivi della non autosufficienza:

1. la non autosufficienza per considerarsi tale deve perdurare nel tempo, superando la temporaneità e perdurando anche con il supporto di ausili e tecnologie, che possono migliorare la qualità esistenziale, ma non mutano la condizione della persona;
2. la sua origine è derivata da danno di tipo fisico, con deficit sulle capacità motorie e/o psichiche che si traduce in disabilità permanenti;
3. la non autosufficienza è spesso causata da più danni progressivi in settori diversi e non solo da eventi patologici catastrofici;
4. si accompagna a instabilità clinica/fragilità biologica;
5. è identificabile anche come perdita di salute particolarmente collegata alle funzioni cognitive e alla mobilità (salute = autonomia) è quindi collegata alla capacità di compiere le attività di "base" della vita quotidiana (ADL) e alla capacità adempiere anche a semplici funzioni relazionali e di comunicazione con l'esterno;
6. è sempre più spesso registrabile un' associazione fra non autosufficienza fisica e psichica (demenze);
7. la storia personale, il sostegno sociale e le condizioni reddituali possono essere aggravanti e concause (solitudine, modelli culturali e comportamentali).

## 2. La rete dei servizi domiciliari

La fragilità del sistema di cure domiciliari, sia a carattere sociale che a carattere sanitario, l'assenza di percorsi di accesso integrato e di presa in carico globale da parte del sistema di welfare regionale, l'assenza di una rete di supporto alle famiglie con prestazioni economiche, figure sostitutive, servizi di sollievo, sono il risultato di politiche sanitarie troppo a lungo centrate sulla ospedalizzazione della

---

<sup>1</sup> Rifacendosi allo studio di Buiatti, Ferrucci, et al (2001)<sup>1</sup> *"le ADL sono delle attività che il soggetto deve svolgere obbligatoriamente per vivere senza avere bisogno di assistenza periodica o continuativa. La disabilità in una ADL comporta di per sé una condizione di bisogno. Tuttavia il livello di assistenza necessario cresce grandemente all'aumentare del numero di attività, espresso dal numero di ADL in cui il soggetto è disabile...."*



cura, sulla debolezza dei distretti sociosanitari e della rete di cure primarie che da questi devono essere assicurate, dalla carenza di personale per la composizione delle equipe per l'assistenza domiciliare, del ritardo nella attivazione di PUA e UVM, della separatezza degli interventi dei Comuni (con il SAD) e delle ASL (con l'AD sanitaria e infermieristica) a livello domiciliare, della insufficienza di risorse economiche destinate a sostenere le famiglie per il carico di cura connesso a persone gravemente disabili e non autosufficienti.

In Puglia **solo lo 0,9% della popolazione anziana riceve prestazioni domiciliari** in termini di assistenza domiciliare, a fronte di una media nazionale che è pari al **2,0%** della popolazione anziana assistita a domicilio e a fronte di un obiettivo da raggiungere entro il 2013 che vedrebbe al **3,5 %** la percentuale di popolazione assistita a domicilio. Si tratta di un obiettivo che la Commissione Europea e il governo nazionale pongono alle regioni dell'obiettivo "convergenza" nella programmazione a valere sui fondi strutturali 2007-2013 per accedere alla premialità di metà e fine periodo.

### **3. La introduzione del Fondo Nazionale per le non autosufficienze**

L'articolo 1, comma 1264 della legge 27 dicembre 2006 n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2007)" dispone che, al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti, viene istituito presso il Ministero della Solidarietà Sociale un fondo denominato "**Fondo per le non autosufficienze**" (**FNA**) al quale è assegnata la somma di 100 Meuro per l'anno 2007. La Finanziaria per il 2008 ha incrementato la dotazione del FNA a 300 Meuro per il 2008 e a 300 Meuro per il 2009.

In data 12.10.2007 il Decreto del Ministro della Solidarietà Sociale, di concerto con il Ministro della Salute, il Ministro delle Politiche per la Famiglia e il Ministro dell'Economia e delle Finanze, ha provveduto a ripartire le risorse assegnate al FNA per l'anno **2007** e alla Puglia, in particolare, sono state assegnate risorse complessive per Euro **6.280.392,67**.

Il riparto per l'anno **2008** dello stesso FNA assegna alla Puglia risorse per Euro **19.008.767,46**. Il medesimo decreto di riparto ha assegnato alla Puglia per l'anno **2009** risorse per Euro **25.366.214,76**. Nulla la Legge Finanziaria per il 2009 approvata dal Consiglio dei Ministri, e in attesa di discussione in Parlamento, dice in merito al finanziamento del FNA per le annualità dal 2010 in poi.

Dunque la Puglia ha complessivamente a disposizione per la fase di avvio di un piano integrato per le non autosufficienze complessivamente **Euro 50.655.374,89** a valere sulle risorse del FNA 2007-2009.

A queste si aggiungano le risorse provenienti dal Bilancio autonomo per il 2008, che assegnano al fondo per il finanziamento dell'Assegno di cura 15 Meuro, nonché le risorse che saranno assegnate alla Puglia a seguito del positivo conseguimento degli Obiettivi di Servizio di cui alla programmazione strategica 2007-2013, a valere

sulle risorse FAS, che per il solo "Obiettivo ADI" ammonterebbero a circa 66,7 Meuro per l'intero periodo.

Quanto alle priorità di intervento che l'intesa Stato-Regioni assegna a ciascuna Regione per l'utilizzo del FNA, nell'ambito dell'obiettivo complessivo della realizzazione di prestazioni e servizi assistenziali a favore di persone non autosufficienti, riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni, il cui raggiungimento è da realizzarsi gradualmente nel tempo, esse sono le seguenti:

- a) previsione o rafforzamento di **punti unici di accesso** alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza che agevolino e semplifichino l'informazione e l'accesso ai servizi socio-sanitari;
- b) l'attivazione di **modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato** di assistenza che tenga conto sia delle prestazioni erogate dai servizi sociali che di quelle erogate dai servizi sanitari di cui la persona non autosufficiente ha bisogno favorendo la prevenzione e il mantenimento di condizioni di autonomia, anche attraverso l'uso di nuove tecnologie;
- c) l'attivazione o il rafforzamento di **servizi socio-sanitari e socio-assistenziali con riferimento prioritario alla domiciliarità**, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona non autosufficiente.

Si tratta anche delle tre principali direttrici che tutte le Regioni italiane hanno unanimamente individuato per la costruzione di un moderno ed efficiente sistema di welfare per le non autosufficienze.

In molte altre Regioni il FNA è cofinanziato con ingenti risorse regionali, tanto che il Fondo Regionale per le Non Autosufficienze è in alcuni casi anche dieci volte superiore al finanziamento nazionale (Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto) e in alcune Regioni è istituito il Fondo unico per le Non Autosufficienze, in cui confluiscono sia le risorse del Fondo nazionale politiche sociali che le risorse del Fondo sanitario nazionale, per la quota parte riferita agli interventi sanitari e sociosanitari territoriali (residenziali e domiciliari).

In Puglia non esiste un Fondo unico per le non autosufficienze, se lo si intende come Fondo in cui confluiscono quote di spesa sociale regionale quote del Fondo Sanitario regionale, né è possibile desumere dagli atti di programmazione fin qui adottati, una quota di spesa vincolata nel Fondo Sanitario Regionale per la costruzione e il potenziamento della rete delle cure domiciliari sanitarie e sociosanitarie per persone non autosufficienti, che siano aggiuntive rispetto alle costituenti reti per le cure palliative (malati terminali) e per la ospedalizzazione domiciliare.

E tuttavia, va rilevato che sostanzialmente confluiscono nell'area delle non autosufficienze le seguenti risorse del Fondo Sanitario Regionale, elencate per finalizzazione:

- copertura della spesa per le strutture RSSA convenzionate e per il fabbisogno programmato;

- copertura della spesa per le strutture RSA;
- altre quote di spesa sanitaria per i servizi territoriali (ADS, ADP, ADI, ecc..).

#### 4. La sperimentazione dell'assegno di cura

Nella nostra Regione è stato introdotto con la legge finanziaria regionale per il 2006 per la prima volta un Fondo Regionale per le Non Autosufficienze, che è attivato nel 2007 con una dotazione complessiva di **15 Meuro** destinati alla sperimentazione dell' "**Assegno di cura**", strumento di sostegno economico alle famiglie che sostengono un carico di cura per i non autosufficienti assistiti a domicilio. Lo strumento, non nuovo in tante altre Regioni italiane (Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, ecc..), è stato regolamentato in Puglia a seguito di una intensa concertazione con le parti sociali e, al termine del primo anno di sperimentazione, il bilancio che se ne può trarre è ricco di luci ed ombre, che, tuttavia, non intaccano la sua piena corrispondenza ad un bisogno forte che le famiglie manifestano. Le evidenze delle valutazioni condivise da studiosi e policy makers a livello nazionale in merito alle politiche integrate per le non autosufficienze portano a considerare una scelta obbligata quella di integrare misure volte ad accrescere il volume delle prestazioni erogate a domicilio con misure di sostegno economico. Tuttavia è necessario, alla luce della prima sperimentazione, regolamentare in modo assai più mirato l'utilizzo dello strumento "assegno di cura", al fine di mirare la sua erogazione in favore delle principali situazioni di bisogno, e, soprattutto, cogliere l'occasione di questa prima programmazione integrata per le non autosufficienze, per modificare le condizioni di contesto, in particolare per quanto attiene le condizioni organizzative e i flussi procedurali connessi all'accesso degli utenti alla rete dei servizi e alla presa in carico complessiva.

Questi i principali esiti della prima sperimentazione dell'assegno di cura in Puglia:

- a) i criteri individuati per l'ammissibilità delle domande si sono rivelati non del tutto adeguati alla selezione delle reali situazioni di bisogno, sia per l'elevato livello di ISEE e di reddito individuale utilizzato come soglia, sia per le modalità di certificazione delle condizioni di non autosufficienza (certificazione di invalidità e di disabilità): questo ha prodotto un gran numero di domande (in media 2000-2500 domande per ambito territoriale) da lavorare prima di formare la graduatoria;
- b) i Comuni si sono limitati a pubblicare gli avvisi pubblici per la presentazione delle domande, senza curare, pur con significative eccezioni, una funzione di segretariato sociale che orientasse le famiglie prima di presentare le domande;
- c) l'assenza di una UVM realmente funzionante in ogni distretto sociosanitario ha impedito che si potesse subordinare la presentazione della domanda di assegno di cura ad una preventiva valutazione delle condizioni di non autosufficienza reali e del livello di gravità della non autosufficienza, affidandola quasi sempre all'autocertificazione e alle dichiarazioni dei medici di famiglia, supportate da certificati di invalidità che, nella realtà nulla



dicono sulle autonomie funzionali residue dell'assistito e sul reale carico di cura che il nucleo familiare sostiene;

- d) la forte carenza di servizi di assistenza domiciliare e la mancanza di prese in carico globali mediante progetti individualizzati, non ha consentito ai Comuni di filtrare le domande di assegno di cura rispetto a quelle persone non autosufficienti assistite a domicilio a fronte di un progetto di presa in carico che abbia definito anche l'apporto prestazionale dei servizi sociali e sanitari e il ruolo della famiglia, rendendo, quindi, assai difficile una valutazione sulla reale destinazione d'uso dell'assegno di cura (figure di sostituzione, acquisto di prestazioni domiciliari aggiuntive, sostegno al reddito della famiglia per l'acquisto di materiali di cura, ecc...);
- e) le condizioni di povertà di tanti nuclei familiari (il 21% delle famiglie pugliesi nel 2006 viveva in condizioni di povertà) ha fatto il resto, rispetto al tentativo di molti di provare ad integrare il reddito familiare;
- f) la inadeguatezza degli uffici comunali a far fronte alla gestione di un flusso di domande superiore alle aspettative e all'espletamento di una procedura che è stata considerata come aggiuntiva rispetto al lavoro ordinario.

Allo stato attuale tutti gli ambiti territoriali hanno concluso la lavorazione informatica delle domande di assegno di cura, nella quali generalità hanno predisposto le graduatorie provvisorie e hanno in corso di completamento le verifiche sugli aventi diritto al beneficio, ovvero hanno pubblicato le graduatorie. Sono 16 gli ambiti territoriali che hanno avviato la erogazione dei contributi economici. Resta ferma la considerazione che non è tollerabile un periodo di circa un anno dalla introduzione e dal finanziamento integrale della politica di intervento, prima di vedere gli effetti di questa politica sul territorio, che, peraltro, rispetto alle aspettative suscitate, si è rivelato insufficiente. Saranno erogati, per effetto della prima sperimentazione complessivamente 2.500 assegni di cura ad altrettanti beneficiari, per un importo unitario di 6.000 euro annui.

La valutazione complessiva dello strumento, tuttavia, porta a ritenere che, pur rimanendo insufficienti le risorse stanziata a valere sul bilancio regionale – anche in relazione a quelle destinate ad analogo strumento in altre Regioni italiane – occorre accrescere l'efficacia dello strumento Assegno di cura a partire dalla modificazione dei criteri di accesso e delle modalità operative di implementazione.

Le presenti linee guida consentono una ridefinizione complessiva dello strumento, che è possibile in quanto l'assegno di cura accresce la sua efficacia e produce gli effetti attesi in termini di efficienza tecnica solo se può avvalersi di condizioni di contesto irrinunciabili:

- a) attivazione di PUA e UVM per una valutazione multidimensionale della persona in grado di rilevare le autonomie funzionali residue e rispetto ad esse mirare l'intervento di cura e il sostegno alla famiglia;
- b) presa in carico globale della persona non autosufficiente con un progetto individualizzato;
- c) potenziamento della rete delle cure domiciliari;

- d) semplificazione della procedura di presentazione della domanda, con criteri omogenei e rigidi, e automatizzazione della procedura di costruzione delle graduatorie per gli aventi diritto.

Le risorse che il Bilancio Regionale per l'anno 2008 attribuisce all'Assegno di Cura, e che sono state stanziare ed impegnate nel mese di ottobre, pari complessivamente a 15 Muro, sono state subordinate nell'utilizzo proprio alla revisione complessiva sia dei criteri di selezione degli aventi diritto che delle modalità operative di raccolta e selezione delle domande. Dunque l'annualità 2008 dell'Assegno di Cura è parte integrante della strategia operativa delle presenti linee guida per il periodo 2008-2010.

### ***Priorità di azione per le politiche per le non autosufficienze in Puglia***

#### **1. Le lezioni apprese**

**Punti di forza** (potenzialità e risorse su cui occorre far leva per qualificare la strategia regionale) nel contesto pugliese sono i seguenti:

- motivazione degli operatori sanitari e sociali e impegno individuale all'interno delle cure domiciliari
- allineamento temporale della nuova programmazione sociale e sanitaria che consentirà di programmare in modo integrato i nuovi interventi domiciliari
- cambiamenti in atto delle cure domiciliari verso modelli organizzativi più efficienti (dipartimento cure primarie, coordinatore sociosanitarie)
- obbligo di istituzione delle PUA in tutte le ASL e in tutti i distretti già introdotto con il DIF 2008 e con il Piano di Salute, approvato il 10 settembre 2008, nonchè disciplinato dal Regolamento Reg. n. 4/2007;
- presenza di un modello regionale di valutazione multidimensionale (SVAMA);
- necessità di razionalizzare la spesa a valere sul Fondo Sanitario Regionale per le prestazioni residenziali.

**Punti di debolezza** (nodi e problemi su cui è necessario intervenire per il raggiungimento dell'obiettivo generale della nuova politica regionale per le non autosufficienze):

- scarsa conoscenza dei cittadini sull'offerta del sistema sociosanitario;
- assenza di un modello regionale per il funzionamento della UVM;
- carenza di regole e procedure operative per l'accesso;
- disomogeneità nell'erogazione dei servizi e difficoltà di orientamento del cittadino rispetto al servizio cui rivolgersi;
- inefficace implementazione del PUA;
- scarsa integrazione istituzionale e organizzativa;
- carente integrazione del MMG con le altre figure tecniche, infermieristiche e di assistenza;
- mancata partecipazione delle assistenti sociali dei Comuni al lavoro delle UVM;

- carenza di risorse per il SAD e per la compartecipazione all'ADI da parte dei Comuni nella programmazione dei Piani sociali di Zona;
- assenza di un vincolo di budget sull'ADI nella programmazione finanziaria delle ASL e dei distretti;
- frammentarietà del percorso assistenziale del cittadino nell'ambito del sistema sanitario nazionale;
- carente di personale (infermieri, OSS, terapisti) e di formazione del personale per le cure domiciliari;
- effettiva istituzione di UO per le cure domiciliari non in tutti i distretti e in tutte le ASL, con effetti negativi anche sulla possibilità di integrazione tra servizi SAD e servizi ADS o ADI;
- scarso utilizzo della SVAMA, mancata omogeneità ed esigenze di aggiornamento per l'analisi della dimensione sociale e familiare;
- carenza di protocolli operativi per le dimissioni protette e per la continuità dei progetti di presa in carico distretto-ospedale.

### **Opportunità**

- quadro normativo;
- istituzione del FNA;
- aumento richiesta ADI da parte delle famiglie;
- messa a regime dello strumento dell'assegno di cura;
- allineamento dei due strumenti di programmazione regionale ordinaria (Piano di Salute 2008-2010, secondo Piano Regionale Politiche Sociali 2008-2010);
- sollecitazioni offerte dal Piano di Azione per gli obiettivi di servizio che fissano al 2013 il valore target da conseguire;
- disponibilità di risorse finanziarie FESR (linee di intervento 3.1 e 1.5) e FSE per modificare le condizioni strutturali del contesto regionale in ordine al potenziamento dell'offerta domiciliare e per l'innovazione del sistema di accesso ai servizi.

### **Rischi**

- aumento carico assistenziale famiglia;
- aumento numero anziani soli;
- assenza di atti formali di definizione dei Livelli essenziali di prestazioni sociali;
- criticità per la definizione di accordi operativi ASL – Comuni;
- carenza di personale e tempi di assunzione per le ASL rispetto alle figure infermieristiche e dell'assistenza di base;
- intercettare bisogni connessi alle nuove povertà che si sovrappongono a quelli connessi alle non autosufficienze.

## **2. Gli obiettivi e le azioni**

Si provvede di seguito a delineare la strategia complessiva di cui la Regione Puglia intende dotarsi per orientare gli sforzi dei Comuni, associati in ambiti territoriali, e le ASL provinciali, articolate in distretti sociosanitari, al fine di potenziare la rete complessiva dei servizi e delle risorse resi disponibili per la presa in carico

complessiva delle persone non autosufficienti e per ridurre il carico derivante dal lavoro di cura troppo spesso lasciato alle famiglie in via prevalente.

L'obiettivo complessivo del sistema è quello di pervenire ad una presa in carico globale basata sui seguenti principi:

- responsabilità condivise tra istituzioni, erogatori e famiglie
- universalismo selettivo nell'accesso
- appropriatezza delle prestazioni
- continuità del percorso di presa in carico
- qualità delle prestazioni ricevute, ancorché provenienti da erogatori diversi.

Numerose tra le azioni riportate di seguito, in relazione agli specifici obiettivi operativi individuati, sono azioni di sistema sulle quali sono già impegnate le ASL, così come i Comuni, in attuazione degli indirizzi di politica sanitaria già espressi nel Piano Regionale di Salute, approvato dal Consiglio Regionale lo scorso 10 settembre 2008, e di politica sociale, secondo quanto già definito nella programmazione regionale oltre che nelle intese con il Governo nazionale, sottoscritte in fase di costituzione del FNA.

Per completezza della illustrazione del contesto si fa riferimento anche ad attività sulle quali non sarà direttamente impegnata la struttura regionale, ovvero per le quali le azioni più generali di razionalizzazione del SSR e l'attuazione del CCNL dei Medici di famiglia, nonché le linee di azione già concordate in sede di Conferenza delle Regioni con il Ministero della Salute, del Lavoro e delle Politiche Sociali, concorreranno alla attuazione.

Proprio per questo, l'ultima parte del documento riporta le attività, con il relativo cronoprogramma, che impegneranno la struttura del Servizio Programmazione e Integrazione, nella attuazione delle Linee Guida per le Non Autosufficienze, con specifico riferimento alle attività finanziate con le risorse del FNA e dell'Assegno di Cura.

### **Ob. 1 - Facilitare l'accesso integrato dell'utente ai servizi sociosanitari**

#### Obiettivi operativi

1.1 *Migliorare la conoscenza dei cittadini sull'offerta del sistema sociosanitario, con*

- sviluppo di azioni di comunicazione e informazione mirata su ADI, PUA e UVM, concorso economico per l'assistenza indiretta, ecc..
- formazione del personale ASL e Comuni per l'accesso e per il contenuto dell'ADI

1.2 *Implementare le PUA e inserirli nel percorso delle cure domiciliari integrate, con*

- definizione di modello unitario di PUA a livello regionale
- inserimento della PUA nel percorso delle Cure domiciliari
- potenziamento personale delle PUA in modo proporzionale al bacino di utenza

### **Ob. 2 - Migliorare l'assetto organizzativo**

#### Obiettivi operativi

2.1 *Favorire l'integrazione istituzionale, con*

- attivazione e potenziamento degli Uffici di Piano in tutti i Distretti sociosanitari



- organizzazione da parte della Regione di incontri con i vertici istituzionali per il coinvolgimento nella attuazione della politica regionale per la non autosufficienza
- definizione e applicazione di protocolli operativi per il servizio di cure domiciliari tra ASL e Comuni, a partire da indirizzi operativi regionali elaborati dalla Commissione Regionale per l'Integrazione Sociosanitaria

#### 2.2 Favorire l'integrazione professionale, con

- adozione da parte delle ASL e degli EELL di un piano unitario di formazione professionale contenente iniziative di formazione pluriprofessionale specifica sulle cure domiciliari integrate
- condivisione degli obiettivi del piano e dei risultati via via raggiunti con gli operatori
- organizzazione di riunioni periodiche tecniche e organizzativo-gestionali tra gli operatori ADI

#### 2.3 Migliorare la struttura organizzativa, con

- attuazione di un maggior controllo sugli erogatori esterni
- tutto il personale di coordinamento dell'UO Distrettuale per le cure domiciliari integrate è dipendente della ASL (implementazione del modello ADI per come sarà definito nel nuovo decreto LEA)
- potenziamento delle dotazioni di personale sociale e sanitario delle UVM
- definizione più dettagliata dei rapporti con le altre figure specialistiche sociali e sanitarie interessate dalle cure domiciliari
- snellimento delle procedure per l'erogazione diretta dell'assistenza farmaceutica integrativa protesica a domicilio
- costituzione e formazione di un'equipe esclusivamente dedicata alle cure palliative
- istituzione della UO Cure domiciliari in tutti i distretti.

#### 2.4 Favorire l'integrazione gestionale : ASL e EELL adottano pienamente il modello di processo assistenziale individuato dalla Regione, con

- definizione di un modello regionale di SVAMA condiviso e più integrato con la valutazione sociale
- definizione di profili assistenziali e prestazionali derivanti dalla UVM univoci per tutto il territorio regionale (costruire un repertorio)
- potenziare telesoccorso e teleassistenza negli ambiti territoriali
- rispetto dei tempi per VM e per l'attivazione delle cure domiciliari
- realizzazione di tutte le VM con la diretta partecipazione dell'Assistente Sociale del Comune
- definizione dei PAI contenenti sia interventi sanitari che interventi sociali
- ridurre i tempi tra dimissione ospedaliera e attivazione di tutti i presidi a domicilio
- sviluppo della gestione associata delle prestazioni domiciliari da parte degli EELL
- reinvestire nella rete delle cure domiciliari i risparmi derivanti dalla razionalizzazione dell'accesso alle prestazioni residenziali sanitarie extraospedaliere.

#### 2.5 Implementare un adeguato sistema informativo per la raccolta, trasmissione, elaborazione dati, con



- progettazione della cartella utente regionale e del profilo sociosanitario dell'utente
- monitoraggio della spesa sociale e della spesa sanitaria per le prestazioni sociosanitarie in favore delle persone non autosufficienti
- implementazione con formazione del personale preposto all'utilizzo delle cartelle-utente
- incrocio dati di domanda con dati su prestazioni impiegate e tempo uomo delle risorse impiegate
- registrazione e gestione richieste di ADi con famiglia e MMG
- investimento in tecnologie informatiche (sistemi hardware e software)

### **Ob. 3 Potenziare la capacità di offerta in rapporto al bisogno**

#### Obiettivi operativi

#### *3.1 Implementare la Assistenza Domiciliare Integrata così come definita nel Dpcm 29.11.2001 e nell'imminente nuovo "decreto LEA"*

- definizione di protocolli operativi di integrazione con il servizio di Continuità assistenziale da parte delle ASL
- riorganizzazione dell'assistenza infermieristica per la copertura di più turni
- potenziamento del personale dedicato da parte delle ASL e diffusione delle UO per le attività domiciliari
- potenziamento dei servizi SAD a cura dei Comuni per il sostegno alle famiglie
- mettere a regime l'assegno di cura ad integrazione dei benefici prestazionali ed economiche che la famiglia riceve per mantenere presso il proprio domicilio il paziente non autosufficiente
- ripristinare a valere sulle risorse del Piano Sociale di Zona gli interventi di assistenza indiretta per i non autosufficienti gravi (ex l. n. 162/1998)

#### *3.2 Coordinare le risorse umane complessivamente impegnate nei processi di cura e assistenziali*

- definizione num. massimo di pazienti per Infermiere e OSS e verifica del rispetto di tali standard
- incrementare le risorse di personale da destinare all'assistenza a domicilio
- stipula di accordi con le organizzazioni di volontariato
- favorire la realizzazione di percorsi formativi per le assistenti familiari di persone inserite in un percorso di cure domiciliari integrate

#### *3.3 Estendere il ruolo e la responsabilità del MMG*

- partecipazione del MMG alla stesura del PAI in sede di UVM
- incremento del numero medio annuo di accessi domiciliari del MMG per assistito
- verifiche su reale disponibilità del MMG nelle ore da coprire con reperibilità telefonica in base al nuovo accordo regionale per la medicina generale vigente

### **Le risorse**

---

Per la realizzazione del piano di interventi per le non autosufficienze, nelle more di quantificare l'apporto di risorse del Fondo Sanitario Regionale per la

implementazione della rete delle cure domiciliari così come definite dal nuovo Decreto LEA, sono da considerare le seguenti risorse finanziarie:

FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE (2007-2008)	€ 25.289.160,13
FONDO NAZIONALE PER LE NON AUTOSUFFICIENZE (2009)	€ 25.366.214,76
FONDO REGIONALE PER L'ASSEGNO DI CURA (2008)	€ 15.000.000,00
Piano di attività Osservatorio Regionale Politiche Sociali	€ 300.000,00
Risorse FESR (PO 2007-2013 Asse 1 – Linea 1.5) Infrastrutturazione PUA e UVM	€ 20.000.000,00
FAS – Premialità per Obiettivo di Servizio ADI (40% fondo)	€ 25.000.000,00

A queste risorse vanno aggiunte quelle che nell'ambito dei Piani Sociali di Zona i Comuni già destinano al finanziamento del SAD e di altri servizi domiciliari, e quelle che nei PAT di tutti i distretti sociosanitari dovranno destinare a partire dal 2009 – in ossequio a quanto previsto dal DIF 2008 e dal Piano Regionale di Salute 2008-2010 – per garantire le prestazioni ADI per la popolazione non autosufficiente.

La continuità degli interventi previsti nel presente Piano sarà assicurata dallo stesso contributo al raggiungimento degli obiettivi fissati nel Piano di Azione per gli Obiettivi di Servizio finanziato con risorse FAS aggiuntive, che assegnano complessivamente alla Puglia per il periodo 2009-2013 circa 66,7 Meuro all'Obiettivo di Servizio "ADI per la popolazione anziana".

### **Le linee di intervento e le modalità organizzativo-gestionali**

Con riferimento all'obiettivo di "Implementare le PUA e inserirli nel percorso delle cure domiciliari integrate", ma anche a quello di "Migliorare l'integrazione gestionale ASL – Comuni", le strutture regionali, con l'input e il coordinamento della Commissione Regionale per l'integrazione sociosanitaria (CRISS) provvederanno a **sviluppare le linee guida per l'organizzazione della PUA, il funzionamento delle UVM**, le procedure di accesso ai servizi per tipologie di servizi, i criteri di accesso e di compartecipazione, il contenuto e le modalità di utilizzo della scheda SVAMA, i protocolli operativi per l'organizzazione e l'erogazione dell'assistenza domiciliare integrata, al fine di perseguire la maggiore omogeneità possibile sul territorio regionale, in ottica di equità e di pari opportunità di accesso.

Periodo: novembre 2008 – marzo 2009

Titolarità: CRISS, Servizio Programmazione e Integrazione

Risorse assegnate: **Euro 300.000,00**

Fonte di finanziamento: FNA 2007-08

Con riferimento all'obiettivo di "Migliorare la conoscenza dei cittadini sull'offerta del sistema sociosanitario" saranno promosse **azioni di comunicazione e informazione mirata su ADI, PUA e UVM**, attraverso gli URP delle ASL e i segretariati sociali dei Comuni, che vanno potenziati per un efficace collegamento con le Porte Uniche di Accesso.

Periodo: febbraio – maggio 2009

Titolarità: ARES, CRISS, Servizio Programmazione e Integrazione

Risorse assegnate: **Euro 200.000,00**

Fonte di finanziamento: FNA 2007-08

Con riferimento all'obiettivo di "Favorire l'integrazione istituzionale" la redazione del II Piano Regionale delle Politiche Sociali consentirà di fornire a tutti i Comuni pugliesi delle direttive operative stringenti in merito alla **attivazione e al potenziamento degli Uffici di Piano** per una piena efficacia della rispettiva operatività in termini di tempi di attivazione dei servizi, di organizzazione della rete del welfare di accesso, di sviluppo del servizio sociale professionale di ambito.

Periodo: novembre 2008 – giugno 2009

Titolarità: Servizio Programmazione e Integrazione

Risorse assegnate e fonte di finanziamento: FNPS 2006-2009

In relazione all'obiettivo di " Migliorare la struttura organizzativa" occorrerà agire su due versanti:

- a- dal lato dei Comuni, occorre accompagnare tutti gli ambiti territoriali ad avere avviato i servizi domiciliari per le persone non autosufficienti (SAD e ADI di loro competenza) entro la primavera del 2009, con il personale necessario per allestire le PUA, partecipare in modo competente e responsabile alle UVM distrettuali, monitorare attraverso le PUA e le UVM la domanda e l'offerta. Questo sarà fatto fornendo specifico affiancamento consulenziale alla definizione delle forme gestionali, delle specifiche tecniche dei capitolati di gara, della progettazione di dettaglio nel nuovo Piano Sociale di Zona, e incrementando la dotazione di risorse finanziarie da vincolare per l'**attivazione dei servizi ADI e SAD per i Comuni**, con l'obiettivo di far salire la % di persone ultra 65enni prese in carico con prestazioni SAD e ADI almeno al 2% della popolazione di ciascun ambito territoriale;

Periodo: gennaio 2009 – dicembre 2009

Titolarità: Servizio Programmazione e Integrazione e Ambiti territoriali sociali

Risorse assegnate: **Euro 22.789.160,13**

Fonte di finanziamento: FNA 2007-08

- b- dal lato delle ASL, occorre incentivare la costituzione dei coordinamenti sociosanitari in staff alle direzioni distrettuali, per la organizzazione delle attività domiciliari e dei percorsi di presa in carico, con l'efficiente funzionamento delle PUA e delle UVM.

In relazione all'obiettivo di "*Favorire l'integrazione gestionale : ASL e EELL adottano pienamente il modello di processo assistenziale individuato dalla Regione*", per l'attuazione delle linee guida regionali occorrerà dotare di strumenti e di assetti organizzativi efficienti le **UVM e le PUA** di ogni ambito territoriale e distretto sociosanitario. Per questo è già stata prevista una specifica linea di attività nella Linea 1.5 del PO FESR 2007-2013. Saranno realizzate azioni quali: la implementazione della nuova SVAMA, la costruzione di un repertorio di profili assistenziali e prestazionali in relazione alle tipologie di bisogno, l'implementazione di protocolli operativi di intervento, l'innovazione tecnologica a supporto del funzionamento delle UVM.

Periodo: gennaio 2009 – dicembre 2009

Titolarità: Servizio Programmazione e Integrazione, Comuni, ASL

Risorse assegnate: **Euro 20.000.000,00**

Fonte di finanziamento: Linea 1.5 del PO FESR 2007-2013

In relazione all'obiettivo di "*Implementare un adeguato sistema informativo per la raccolta, trasmissione, elaborazione dati*", dopo l'impegno diretto della struttura regionale per la progettazione della cartella utente regionale e del profilo sociosanitario dell'utente, saranno potenziate le attività dell'Osservatorio Regionale Politiche Sociali, della rete degli OSP e della rete degli Osservatori di Ambito territoriale per il **monitoraggio delle mappe della non autosufficienza in Puglia e della rete delle prestazioni domiciliari** erogate da Comuni e da ASL, con il censimento dei soggetti erogatori delle prestazioni domiciliari, aventi forma di impresa o associativa. In particolare uno specifico gruppo di lavoro presso l'Osservatorio Regionale Politiche Sociali provvederà entro la fine del 2008 a sistematizzare e ad aggiornare periodicamente le seguenti fonti di dati: Conto Economico (CE) delle ASL, il Modello LA per le prestazioni domiciliari, il Questionario per il monitoraggio ministeriale sui Lea con riferimento alle prestazioni ADI e ADS.

Periodo: gennaio 2009 – dicembre 2010

Titolarità: Osservatorio Regionale Politiche Sociali, OSP, Comuni, ASL

Risorse assegnate: **Euro 10.000.000,00**

Fonte di finanziamento: Linea 1.5 del PO FESR 2007-2013

In relazione all'obiettivo di "*Implementare la Assistenza Domiciliare Integrata così come definita nel Dpcm 29.11.2001 e nell'imminente nuovo decreto LEA*" sarà necessario che i Comuni investano nella selezione di risorse mirate per **completare il pacchetto delle prestazioni di cura della persona erogate a domicilio**, completando il SAD con l'apporto professionale degli Operatori SocioSanitari, e con la dotazione di mezzi di trasporto e attrezzature di base tali da accrescere la qualità, la tempestività e la flessibilità degli interventi a domicilio. Per questo tutti gli Ambiti territoriali riceveranno risorse specifiche per il cofinanziamento delle prestazioni domiciliari sociosanitarie (quota parte della spesa per gli OSS) e per potenziare i servizi di trasporto verso le strutture semiresidenziali di riabilitazione per le persone non autosufficienti, nonché per erogare contributi all'acquisto di



tecnologie assistive e per piccoli interventi di demotica al fine di migliorare la qualità della vita delle persone non autosufficienti con un recupero di autonomia nello svolgimento delle funzioni di vita domestica. Nell'ambito di questa linea di azione sarà attivato uno specifico fondo per assicurare l'**Assegno di cura ai pazienti affetti da SLA e altre malattie neurodegenerative** e ai rispettivi nuclei familiari, per sostenere il carico di cura connesso alla permanenza a domicilio degli stessi pazienti.

Periodo: gennaio 2009 – dicembre 2009

Titolarità: Servizio Programmazione e Integrazione, ASL

Risorse assegnate: **Euro 2.000.000,00** (Assegno di Cura per malati di SLA)

Fonte di finanziamento: FNA 2007-08

Periodo: gennaio 2009 – dicembre 2009

Titolarità: Servizio Programmazione e Integrazione, Comuni

Risorse assegnate: **Euro 25.366.214,76**

Fonte di finanziamento: FNA 2009

Sarà, inoltre, messo a regime lo strumento dell'**Assegno di cura** per il sostegno economico dei nuclei familiari in cui sia presente una persona non autosufficiente e per i quali si registrino condizioni economiche più fragili, perché l'Assegno di cura possa concorrere all'acquisto di prestazioni lavorative di cura aggiuntive rispetto a quelle già erogate dal Comune e dalla ASL, nonché dalla famiglia, al fine di promuovere la conciliazione vita-lavoro e la continuità dei percorsi assistenziali, nonché per scoraggiare concretamente il ricorso al ricovero nelle strutture residenziali.

Periodo: gennaio 2009 – dicembre 2009

Titolarità: Servizio Programmazione e Integrazione, Comuni

Risorse assegnate: **Euro 15.000.000,00**

Fonte di finanziamento: Assegno di Cura 2008

Con riferimento all'obiettivo di *"Accrescere la qualità delle risorse umane complessivamente impegnate nei processi di cura e assistenziali"* proseguirà il percorso già avviato per la riqualificazione professionale degli operatori dell'assistenza di base, al fine di portarli tutti al conseguimento della qualifica di OSS, riconosciuta dalla Regione, nonché per la formazione di nuovi OSS, in linea con le stime del fabbisogno dell'intero sistema regionale di offerta di servizi domiciliari, oltre che semiresidenziali e residenziali.

Saranno inoltre realizzate azioni di sistema per:

- la formazione del personale specialistico impegnato nelle PUA e nelle UVM
- la costituzione di albi a livello di ambito territoriale/distretto sociosanitario per le assistenti familiari, previa certificazione delle competenze, impegnate nel completamento del progetto di cura e presa in carico delle persone non autosufficienti, nonché di servizi per l'efficiente incrocio tra domanda e offerta di lavori di cura domiciliari;
- valorizzare il ruolo delle organizzazioni di volontariato e di promozione sociale nel completamento dei percorsi di cura domiciliare.