

ALLEGATO 13

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche dei servizi per la domiciliarità (SPAD)

Introduzione

La cura presso il domicilio è la modalità privilegiata per garantire una migliore qualità della vita e contrastare il rischio di istituzionalizzazione per la persona anziana e per la persona con disabilità.

Con l'introduzione del FRNA (DGR n. 509/07 e DGR n. 1206/07) sono state investite consistenti risorse per lo sviluppo della domiciliarità non solo attraverso il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD), ma anche attraverso una pluralità di servizi di supporto e contributi che si aggiungono al SAD propriamente detto, cioè all'assistenza fornita da OSS ed Educatori al domicilio. Successivamente, con l'introduzione del sistema di accreditamento sociosanitario (DGR n. 514/09) è stato avviato un processo che ha portato alla creazione, in ogni distretto sociosanitario, di almeno un Servizio di Assistenza Domiciliare di ambito distrettuale, nella maggioranza dei casi attraverso la creazione di aggregazioni tra Enti Gestori accreditati, rivolto non solo alle persone anziane non autosufficienti, ma anche alle persone con disabilità fisiche e relazionali gravi e gravissime.

Nonostante i positivi risultati raggiunti, il modello attuale di SAD presenta ancora alcuni limiti non solo di carattere quantitativo legati al numero e alla durata degli interventi, ma anche di carattere qualitativo quali una non completa integrazione tra interventi sociali e sanitari, l'insufficiente sviluppo di servizi complementari anche tecnologicamente avanzati in particolare a supporto di caregiver e di assistenti familiari e, soprattutto, l'assenza di progetti di vita e di cura e piani di intervento personalizzati realmente capaci di fornire risposte unitarie ai molteplici bisogni delle persone assistite e loro caregiver.

Nel modello attuale è infatti il caregiver, o quando possibile la stessa persona assistita, a dover ricomporre e portare a coerenza le diverse prestazioni fornite da soggetti e professionisti diversi di carattere assistenziale, educativo, sanitario o complementare.

Con la revoca della DGR n. 514/09 e l'avvio della nuova fase del sistema di accreditamento, si intende dunque potenziare il sistema degli interventi a sostegno della domiciliarità, cercando di aumentare ulteriormente l'integrazione tra le diverse tipologie di intervento, cercando di garantire risposte unitarie.

In particolare, si intende promuovere un nuovo modello di intervento che superi le tradizionali logiche di intervento di carattere prestazionale, basate cioè sulla erogazione di singole prestazioni, per favorire invece interventi di rete, integrati e personalizzati, progettati sui bisogni specifici della persona assistita e di chi se ne prende cura al domicilio.

Cambiare il modello tradizionale di assistenza domiciliare di carattere prestazionale è un obiettivo promosso anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dalle due riforme nazionali per l'assistenza a lungo termine delle persone anziane e con disabilità attualmente in corso di attuazione, nonché dalla legge di bilancio 234/2021 art.1 commi 159-171 e dal Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024, cui la Regione sta dando attuazione con la DGR n. 905/2023.

Il sistema dei servizi a supporto della domiciliarità oggi è molto frammentato e la ricomposizione dei servizi e interventi spesso viene lasciata alle famiglie/caregiver. Con questo nuovo percorso di accreditamento si intende tracciare una direzione verso un modello integrato di rete di sostegno domiciliare/territoriale che si avvicina di più ai bisogni delle persone anziane e con disabilità e alle loro famiglie e che può essere implementato nel tempo a livello territoriale con le opportunità che caratterizzano ciascun ambito. La direzione verso cui tendere individua nel progetto di vita e di cura formulato nell'ambito dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) la sua traduzione operativa e nella flessibilità, sinergia e integrazione i perni di riferimento. Viene privilegiata la dimensione del processo e la continuità e qualità di vita a domicilio nel contesto sociale di appartenenza.

In particolare, il Progetto di vita e di cura così come il PAI e il PEI vengono co-costruiti e condivisi con le persone anziane e le persone con disabilità e/o i loro familiari e caregiver.

Il sistema integrato dei servizi di supporto alla domiciliarità risponde a diverse funzioni: orientamento, integrazione e supporto alla cura della persona, integrazione sociale, tutoraggio e monitoraggio, accompagnamento, supporto e sollievo al caregiver.

Per garantire tutte queste funzioni sono sicuramente necessari nuovi servizi complementari che si aggiungono all'intervento dell'OSS e dell'Educatore al domicilio, che sono stati previsti nell'ambito del nuovo Piano nazionale per la non autosufficienza e che vengono descritti successivamente. Ma, oltre a questi nuovi servizi complementari che vanno erogati in una logica integrata, è necessario anche un nuovo approccio di intervento da parte sia del contraente pubblico che degli Enti Gestori non più basato esclusivamente sulla erogazione di singole prestazioni assistenziali, ma sulla costruzione e condivisione di progetti personalizzati di intervento.

Il sistema integrato si rivolge a persone non autosufficienti o parzialmente non autosufficienti di vario grado, disabili gravi/gravissimi o persone a rischio di non autosufficienza, anche in dimissione protetta dai reparti ospedalieri, con bisogni assistenziali e socio-educativi di diversa intensità, assistibili a domicilio con gli opportuni interventi di supporto alla persona e ai familiari/caregiver, in collaborazione con le associazioni e le agenzie territoriali e in integrazione/collaborazione con gli/le assistenti familiari laddove presenti.

Percorso assistenziale integrato, Progetto di Vita e Piano operativo

Come previsto anche dalla legge n. 234/2021 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), i cosiddetti *livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) di erogazione* tra cui è compresa anche l'assistenza domiciliare richiedono necessariamente *LEPS di processo*, cioè devono essere erogati nell'ambito di un sistema di governance declinato in ogni ambito territoriale distrettuale, che garantisca determinate condizioni di sistema dal punto di vista istituzionale, organizzativo e tecnico professionale senza le quali non possono essere pienamente realizzati gli interventi previsti dai suddetti LEPS di erogazione.

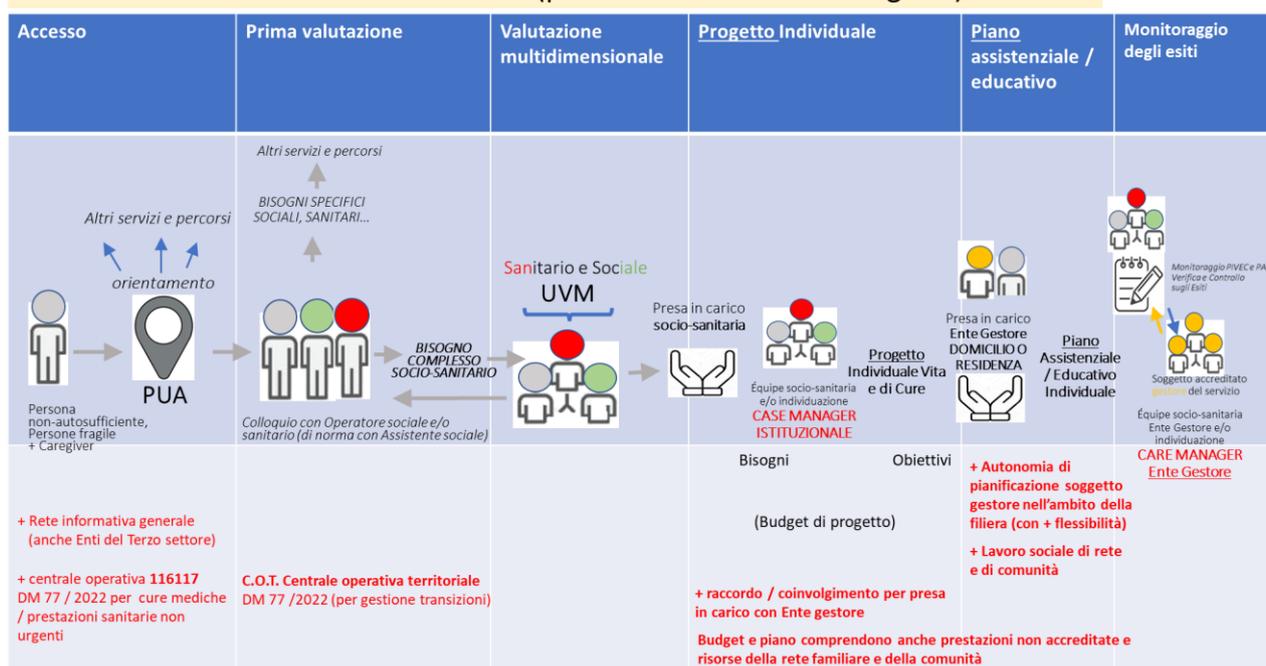
Come indicato nel Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 e nella DGR n. 905/2023, tra i LEPS di processo acquisisce particolare rilievo il **Percorso assistenziale integrato** dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità grave o gravissima che è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del progetto/piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di *endo-procedimenti*, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo.

Rispetto alla situazione esistente, il Piano nazionale prevede la presenza di un sistema che garantisce maggiore uniformità tra i diversi ambiti territoriali e la presenza di accordi formalizzati in materia sociosanitaria.

In ogni distretto vige un Accordo Interistituzionale coerente con lo schema di riferimento allegato al Piano nazionale, al fine di assicurare il LEPS di processo di cui all'art.1 comma 163, lettera a) della sopra citata legge n. 234/2021 (legge di bilancio 2022).

Anche l'erogazione dei servizi a supporto della domiciliarità deve essere garantita in ogni ambito distrettuale nell'ambito del cosiddetto Percorso assistenziale integrato come riportato nello schema allegato.

MODELLO A FILIERA – LEPS NAZIONALE (percorso assistenziale integrato)



LEGENDA DEI SOGGETTI COINVOLTI:



In particolare, ai fini della innovazione del modello di SAD, è rilevante in primo luogo la distinzione tra Progetto e Piano individuale. Come era già stato esplicitato nei requisiti specifici della DGR n. 514/09 per alcune tipologie di servizi, i piani PAI o il PEI formulati all'interno del servizio, garantiscono la continuità assistenziale e sono parte del progetto di vita e di cura definito dai servizi territoriali invianti, nel rispetto delle scelte della persona e/o della sua famiglia.

Tale indicazione è particolarmente utile anche per il SAD e se da un lato evidenzia la centralità della presa in carico della UVM distrettuale con un ruolo di garanzia dei Servizi pubblici nei confronti dell'utente e della famiglia, dall'altro evidenzia anche la necessità di dare maggiore autonomia e responsabilità agli Enti gestori nella realizzazione del piano operativo di assistenza, che per ragioni di flessibilità e personalizzazione può essere gestito in modo più autonomo e autodeterminato rispetto al passato dall'assistito e dal suo caregiver con la équipe del soggetto gestore, anche con l'individuazione di un operatore con funzione di tutor, che si interfaccia con il case manager istituzionale individuato in ambito di UVM. Tale spazio di autonomia per la persona assistita e il suo caregiver si sviluppa nell'ambito del budget di cura e assistenza in coerenza con quanto previsto all'art. 4, comma 2, della L. 23 marzo 2023, n. 33 (Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane).

Anche per quanto attiene alla funzione di tutorship dell'operatore tutor dell'Ente gestore, si tratta di un elemento già previsto dai precedenti requisiti specifici, che deve essere ulteriormente sviluppato e portato a compimento.

Nei precedenti requisiti era infatti già previsto che da parte dell'Ente gestore deve essere individuato un responsabile operativo per ogni piano individualizzato. Con la nuova fase del percorso di accreditamento questa funzione va ulteriormente sviluppata ed implementata.

In quest'ambito, il soggetto gestore deve inoltre assicurare e documentare il coinvolgimento, da parte degli operatori del servizio, dei familiari e/o dell'assistente privato nel processo di cura, con la definizione e il coordinamento dei rispettivi compiti e la programmazione dell'attività di supervisione, affiancamento e tutoring dei caregiver.

Un altro elemento che va ulteriormente sviluppato è quello del lavoro di rete e di comunità. Ad integrazione e rafforzamento dei precedenti requisiti che già prevedevano che il soggetto gestore promuovesse strategie di interazione con la comunità locale è ora necessario che il soggetto gestore dei servizi a supporto della domiciliarità si attivi, su richiesta e accordo con il contraente pubblico ed in integrazione con i soggetti della comunità, per offrire tutte le attività di supporto utili a sostenere, presidiare e consentire la realizzazione di tali iniziative, in particolare per quelle funzioni che difficilmente la comunità può offrire.

La capacità di valorizzare le risorse e la capacità di cura delle reti familiari, amicali e di comunità è una delle competenze fondamentali che tutti gli operatori devono possedere per superare definitivamente il tradizionale modello di carattere prestazionale, cioè va superato ogni approccio basato esclusivamente sulla prescrizione di prestazioni ed interventi.

Si ribadisce che tutti gli aspetti elencati sono centrali per superare definitivamente modelli di carattere prestazionale tenendo conto che la permanenza e la qualità della vita al domicilio non sono obiettivi raggiungibili senza le risorse e le relazioni familiari, amicali e di comunità.

Bisogni assistenziali e educativi

Il servizio di assistenza domiciliare si rivolge già oggi sia alle persone anziane non autosufficienti sia alle persone con disabilità grave e gravissima. Soltanto in modo schematico è possibile individuare due aree principali di bisogno, la prima di carattere assistenziale per situazioni di non autosufficienza fisica eventualmente correlata anche a compromissione psichica, la seconda di carattere psico-educativo che riguarda l'autonomia personale e il sostegno al contesto di vita.

La presenza di situazioni complesse e l'evoluzione nel ciclo di vita dei bisogni sia delle persone adulte che delle persone anziane dimostrano che queste due dimensioni vanno sempre più spesso soddisfatte assieme.

La presenza di anziani fragili che devono continuare a partecipare attivamente alla vita sociale, i disturbi del comportamento presenti sia nella popolazione con demenza sia nelle persone con disabilità intellettive, le persone con gravissime disabilità che richiedono un grande impegno assistenziale e infermieristico, sono soltanto alcune situazioni di bisogno che dimostrano come il servizio a supporto della domiciliarità deve essere sempre più capace di soddisfare contemporaneamente bisogni sia di carattere assistenziale e di interventi di cura, mobilitazione e igiene alla persona, anche di carattere psico-educativo e promozionale tesi alla valorizzazione delle autonomie residue e all'acquisizione di competenze.

Budget di cura e assistenza

Il Progetto di vita e di cura così come il PAI e il PEI vengono co-costruiti se possibile e comunque sempre condivisi con le persone anziane e con disabilità e i loro familiari/caregiver. Il progetto mette a fuoco gli obiettivi strategici del percorso assistenziale di filiera, quali: orientamento, integrazione e supporto alla cura della persona, integrazione sociale, tutoraggio e monitoraggio, accompagnamento e supporto al caregiver, sollievo al caregiver. Inoltre, è teso alla quantificazione dei servizi complessivi attivabili nell'ambito del budget di cura e assistenza quale strumento per la ricognizione, in sede di definizione del PAI, delle prestazioni e dei servizi sanitari e sociali e delle risorse complessivamente attivabili ai fini della realizzazione del progetto (art. 4 comma 2 della L. 23 marzo 2023, n. 33).

Gli elementi in attenzione nelle fasi di valutazione della UVM sono in particolare: la gravità e il bisogno; la condizione economica; la presenza e le capacità della rete familiare e di relazione e in particolare lo stress caregiver.

Nell'ambito del budget di cura e assistenza la persona esprime la piena autodeterminazione nella gestione quotidiana dei percorsi assistenziali e gestisce le contingenze e gli imprevisti che frequentemente si presentano nella gestione della non autosufficienza.

Modello operativo di riferimento: nucleo centrale, servizi strumentali e servizi complementari

Devono operare nel servizio secondo specifica programmazione le seguenti figure professionali, che garantiscono il **nucleo centrale del servizio**:

- l'operatore sociosanitario (OSS);
- il coordinatore del servizio con specifica professionalità sociale;
- l'educatore, secondo le modalità previste nell'allegato 3, per interventi di carattere socio-educativo a sostegno dell'autonomia relazionale delle persone con disabilità
- personale amministrativo.

Devono essere previsti i **servizi strumentali e di supporto alla domiciliarità**, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti, quali:

- la preparazione e fornitura giornaliera (festivi compresi) di pasti a domicilio;
- servizio di accompagnamento sociale.

Devono essere previsti, i seguenti **servizi complementari**:

- pronta attivazione di interventi assistenziali per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato, anche a sostegno della dimissione protetta.

Devono essere garantiti il coordinamento e la continuità assistenziale ed il supporto alle famiglie con i seguenti **servizi complementari** (ambito assistenza familiare) attivati anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti:

- messa a disposizione di strumenti qualificati orientati a favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, anche in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio o agenzie per il lavoro.
- servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;
- assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti, anche in collaborazione con i Centri di assistenza fiscale del territorio di riferimento.

Devono essere previsti, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti, e su richiesta del contraente pubblico i seguenti **servizi complementari** (ambito abitativo, comunitario e sollievo al caregiver):

- assistenza e sostegno presso soluzioni abitative basate su nuove forme di coabitazione solidale, in particolare delle persone anziane, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR;
- adattamenti dell'abitazione con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;
- attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata;

- attivazione di interventi di sollievo al domicilio per caregiver familiari teso a consentire al caregiver di conciliare vita e cura recuperando tempi e spazi per le esigenze personali.

Gli Enti gestori accreditati e contrattualizzati si rendono disponibili ad offrire servizi agli utenti che chiedono assistenza privatamente. Ogni attività a carico economico dell'assistito è comunicata dall'operatore tutor del gestore al responsabile del caso individuato in UVM e, inoltre, i flussi relativi all'attività complessiva a sostegno della domiciliarità sono comunicati dal gestore al contraente pubblico.

Su richiesta del contraente pubblico devono inoltre essere previsti, anche attraverso accordi con altri soggetti, le seguenti **iniziative e servizi sviluppati con obiettivi di rilievo comunitario**, non necessariamente ricompresi nei progetti assistenziali individualizzati eventualmente elaborati a favore dei singoli partecipanti, o che coinvolgono fasce di popolazione non prese in carico nell'ambito dei percorsi assistenziali o socio-sanitari:

- supporto agli interventi delle reti di prossimità e comunità, ad esempio di carattere intergenerazionale e tra persone anziane o con disabilità (in questo caso, a titolo di esempio, il gestore fornisce supporto al presidio generale di queste attività, oppure specifici servizi assistenziali, o ancora servizi complementari quali accompagnamento o pasti);

Rappresenta un elemento preferenziale per l'individuazione dei soggetti con cui stipulare gli accordi contrattuali la capacità dell'ente gestore di garantire direttamente, o in rete, il coordinamento e la continuità assistenziale con Centri diurni accreditati e altri servizi diurni di comunità.

Criteria, requisiti ed evidenze specifiche

1° Criterio - Attuazione di un sistema di gestione delle strutture sociosanitarie	
<i>“Fornisce garanzia di buona qualità dell’assistenza sociosanitaria, una gestione della organizzazione che governi le dimensioni più fortemente collegate alle attività di cura e assistenza in una ottica di miglioramento continuo”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
1.1 modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	<p>1.1.1 In base al progetto di vita e di cura formulato dalla Unità di valutazione multidimensionale (UVM) inviante e al piano personalizzato (PAI) di competenza dell’Ente Gestore, il servizio deve garantire, nell’ambito del budget di cura e di assistenza concordato, l’erogazione di diverse tipologie di intervento, fornite in modo flessibile ed integrato tra professionisti e discipline differenti:</p> <p>A) orientamento e supporto sia per le persone anziane e le persone con disabilità, che per i familiari, con una funzione di facilitazione/integrazione nella rete dei servizi e integrazione con le reti territoriali (Tutor);</p> <p>B) funzione di supervisione, consulenza e affiancamento delle persone assistite a domicilio sia per i familiari/caregiver, che per assistenti familiari (tutoring);</p> <p>C) presa in carico e svolgimento degli interventi di carattere socioassistenziale previsti nel piano individualizzato di assistenza tra quelle relative a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cura personale (ad esempio aiuto nell’igiene personale, nel vestirsi, nella somministrazione del cibo, il monitoraggio dei disturbi comportamentali ed interventi di supporto e stimolazione delle funzioni cognitive, etc.); • supporto sociale nella vita quotidiana, nel mantenimento della propria indipendenza e nelle proprie relazioni, nella promozione alla partecipazione ad attività sociali; • supporto educativo, emotivo e psicologico, compresa la mediazione nelle relazioni interpersonali e nell’approccio ad ambienti diversi dalla casa, interventi educativi finalizzati all’acquisizione e/o mantenimento delle abilità personali e sociali, anche favorendo la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto e ai momenti di supporto ed incontro quali i Caffè Alzheimer o iniziative simili. <p>D) integrazione con gli interventi e le prestazioni di carattere sanitario (medico, infermieristico e riabilitativo) di competenza del Dipartimento di cure primarie o comunque secondo l’organizzazione di ciascuna Ausl.</p>

	<p>1.1.2 Il soggetto gestore garantisce anche la filiera di carattere socioeducativo rivolta a persone con disabilità che necessitano di un piano operativo per un progetto di vita autonoma e in particolare:</p> <p>A) orientamento e accompagnamento per piano di vita autonoma al di fuori del contesto familiare di origine (tutor);</p> <p>B) funzione di supervisione, consulenza e affiancamento sia delle persone con disabilità assistite presso soluzioni abitative per la vita indipendente o il dopo di noi, sia per eventuali assistenti familiari;</p> <p>C) presa in carico e svolgimento degli interventi di carattere socioeducativo previsti nel piano individualizzato di assistenza quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • supervisione per la cura personale e addestramento per l'acquisizione delle abilità strumentali per l'autonomia nelle attività della vita quotidiana (ad esempio cura dell'abitazione, mezzi di trasporto) • supporto educativo, emotivo e psicologico, compresa la mediazione nelle relazioni interpersonali e nell'approccio ad ambienti diversi dalla casa, per la partecipazione attiva alla vita sociale (ad es. lavoro, tempo libero...); <p>D) integrazione con eventuali interventi e prestazioni di carattere sanitario di competenza, ad esempio, del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda USL competente territorialmente.</p>
	<p>1.1.3 Sono garantiti i servizi strumentali e di supporto alla domiciliarità, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti, quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la preparazione e fornitura giornaliera (festivi compresi) di pasti a domicilio; • servizio accompagnamento sociale.
	<p>1.1.4 È assicurato il servizio complementare di pronta attivazione di interventi assistenziali per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato, anche a sostegno della dimissione protetta, con modalità di accesso e presa in carico definite in accordo con la committenza.</p>
	<p>1.1.5 Il soggetto gestore deve garantire il coordinamento e la continuità assistenziale e supporto alle famiglie con i seguenti servizi complementari (ambito assistenza familiare) attivati anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • messa a disposizione di strumenti qualificati orientati a favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, anche in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio o Agenzie per il lavoro; • servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; • assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti, anche in collaborazione con i Centri di assistenza fiscale del territorio di riferimento.

	<p>1.1.6 Su richiesta del contraente pubblico, il soggetto gestore deve prevedere, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno tramite le forme di aggregazione/collaborazione con altri soggetti secondo quanto previsto dalle norme vigenti, e i seguenti servizi complementari (ambito abitativo, comunitario e sollievo al caregiver):</p> <ul style="list-style-type: none"> • assistenza e sostegno presso soluzioni abitative basate su nuove forme di coabitazione solidale, in particolare delle persone anziane, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR; • adattamenti dell'abitazione con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza; • attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata; • attivazione di interventi di sollievo al domicilio per caregiver familiari tesi a consentire al caregiver di conciliare vita e cura recuperando tempi e spazi per le esigenze personali, con i requisiti di cui all'allegato 14; • altri interventi di comunità concordati con la committenza, ad esempio, per favorire le reti di aiuto e solidarietà di carattere intergenerazionale o la partecipazione attiva alla vita sociale delle persone con disabilità.
	<p>1.1.7 Il soggetto gestore garantisce, laddove possibile, direttamente o in rete, il coordinamento e la continuità assistenziale con Centri diurni accreditati e altri servizi diurni di comunità.</p>
	<p>1.1.8 Per garantire il nucleo centrale di attività, devono operare nel servizio secondo specifica programmazione, con i requisiti indicati nell'allegato 3, le seguenti figure professionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'operatore sociosanitario (OSS); • l'educatore; • operatori con funzione/ruolo di tutor; • il coordinatore del servizio; • personale amministrativo.
	<p>1.1.9 Il soggetto gestore documenta le modalità di collaborazione ed integrazione con le AUSL, in particolare gli accordi e protocolli relativi alla modalità di relazione e collaborazione con i servizi sanitari territoriali (es. ADI, infermiere di comunità, riabilitazione, ecc.) e con i medici di medicina generale coinvolti nell'assistenza domiciliare integrata, sulla base di quanto concordato tra Comuni ed Ausl. Nell'ambito degli accordi sono definite anche le modalità di erogazione, in accordo con l'Ausl, della consulenza medico specialistica e riabilitativa rivolta agli utenti del servizio. Deve essere inoltre garantita una verifica periodica delle adempienze previste dagli accordi.</p>

	<p>1.1.10 È garantita e documentata la consulenza del fisioterapista agli OSS e/o educatori prevista nel Piano individuale per l'esecuzione di semplici attività di mantenimento delle attività residue e di riattivazione strettamente connesse alle attività quotidiane (vestirsi, svestirsi, deambulare, sedersi, alzarsi) al fine di assicurare con continuità un programma di attività motoria personalizzata.</p>
	<p>1.1.11 Deve essere assicurata, in relazione ai bisogni delle persone e del nucleo familiare e di quanto previsto nel progetto personalizzato, l'operatività del servizio nell'arco di almeno 12 ore giornaliere, per tutti i giorni della settimana, anche nell'arco delle 24 per gli interventi di sollievo ed emergenza programmata.</p>
	<p>1.1.12 Il soggetto gestore assicura il monitoraggio del percorso assistenziale e segnala tempestivamente al Responsabile del Caso il cambiamento delle condizioni della persona assistita.</p>
	<p>1.1.13 Il soggetto gestore garantisce la programmazione, gestione e monitoraggio delle attività, necessarie a perseguire gli obiettivi indicati nel progetto personalizzato elaborato dall'UVM, nell'ambito del budget di cura e assistenza, ferma restando la possibilità di chiedere una verifica, con il responsabile del caso, per modifiche intervenute nei bisogni degli utenti in carico. Nella definizione delle attività da declinare nell'ambito dei piani operativi (PAI/PEI), il soggetto gestore riconosce e supporta la piena autodeterminazione dell'assistito e/o del caregiver, anche nella modulazione dei servizi offerti dal gestore nell'ambito del proprio budget di cura e assistenza.</p>
	<p>1.1.14 Il soggetto gestore assicura la disponibilità e le condizioni di buon utilizzo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • del materiale di consumo e attrezzature necessari per le attività al domicilio; • dei mezzi idonei in numero e tipologia, adeguati alle caratteristiche del territorio, per il raggiungimento del luogo di vita dell'utente da parte degli operatori; • di adeguate modalità di accompagnamento per promuovere la partecipazione alla vita sociale e di relazione degli assistiti a domicilio, anche in accordo con gli enti e le organizzazioni di volontariato che assicurano l'accompagnamento sociale; • di adeguati mezzi di comunicazione con gli operatori in servizio.
	<p>1.1.15 Devono essere stabilite e concordate con la Committenza procedure per la definizione dei carichi di lavoro con l'individuazione dei tempi per il lavoro diretto presso il domicilio, per il lavoro di preparazione, per il lavoro di coordinamento e di raccordo (anche per esempio per garantire gli incontri con il responsabile del caso, ecc.) e per gli spostamenti degli operatori.</p>
	<p>1.1.16 Devono essere garantiti in accordo con la committenza specifici piani personalizzati alle persone che hanno bisogni particolari quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • le persone con demenza e gravi disturbi del comportamento nell'ambito del "Programma di miglioramento della qualità della vita e dell'assistenza dei pazienti affetti da demenza"; • le persone con gravissima disabilità nell'ambito del programma di cui alla DGR 2068/04 e successivi provvedimenti; • le persone con disabilità e comportamenti problema, quali ad esempio le persone con elevati disturbi dello spettro autistico, che necessitano di trattamenti specifici con obiettivi e tempi definiti.

	<p>1.1.17 Il soggetto gestore si rende disponibile a collaborare ad eventuali progetti promossi dalla Ausl per l'utilizzo della telemedicina ad esempio per visite e consulenze specialistiche, interventi assistenziali da parte di professionisti sanitari e altre opportunità, anche in collaborazione con le cure domiciliari sanitarie (infermiere, fisioterapista, MMG), infermiere di comunità, psicologo, ecc. garantendo la partecipazione del proprio personale ai progetti e alle relative attività di formazione.</p> <p>1.1.18 Devono essere garantite, anche mediante il ricorso ad un servizio esterno, la preparazione e fornitura giornaliera (festivi compresi) di pasti a domicilio, qualora previsto dai progetti personalizzati, promuovendo e stimolando le scelte tra menù diversi, con la garanzia di menù personalizzati anche per esigenze dietetiche particolari e la preventiva adozione di soluzioni atte a garantire il servizio anche in caso di emergenze. Nel caso in cui il servizio di fornitura del pasto venga fornito da un soggetto diverso dal soggetto gestore del servizio, il soggetto gestore è comunque tenuto ad assicurarne l'integrazione con le attività assistenziali e di cura, perseguendo l'obiettivo del benessere complessivo della persona.</p> <p>1.1.19 Il soggetto gestore promuove strategie di interazione con la comunità locale, favorendo la creazione di reti con il terzo settore e con gli altri soggetti del sistema.</p> <p>1.1.20 Il soggetto gestore garantisce la collaborazione con i soggetti istituzionali competenti per assicurare la tempestiva, appropriata e personalizzata fruizione dell'assistenza protesica (di cui al D.M. 332/99 e succ. mod. e int.), favorendo il benessere complessivo delle persone e dei loro caregiver. Il soggetto gestore concorre all'individuazione dei bisogni manutentivi degli ausili specifici in dotazione all'utente e supporta l'utente stesso ed i familiari nell'attivazione dei relativi interventi da parte dei soggetti tenuti ad assicurarne la manutenzione.</p> <p>1.1.21 L'ente gestore qualora ravvisi la necessità di interventi per l'adattamento domestico deve segnare al Responsabile del Caso e/o all'UVM la necessità di attivare il Centro Provinciale per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD) che può offrire consulenza sia su eventuali adattamenti o arredi personalizzati sia sulla disponibilità di contributi economici, secondo le modalità definite in ambito distrettuale.</p>
<p>1.2 modalità per l'integrazione e il coordinamento dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali per la continuità assistenziale con l'esterno</p>	<p>1.2.1 Il soggetto gestore dà evidenza della condivisione con i Comuni, il Dipartimento di cure Primarie e altri eventuali dipartimenti/unità operative interessate delle Ausl, su base distrettuale, di protocolli e percorsi assistenziali per la valutazione, presa in carico e collaborazione.</p> <p>1.2.2 Il soggetto gestore concorre a garantire l'unitarietà delle risposte alla domanda di assistenza e cura degli utenti, attraverso l'integrazione con i servizi erogati dalle aziende sanitarie locali in funzione delle condizioni e dei bisogni della persona evidenziati dall'UVM, anche con riferimento alle necessità dei pazienti cronici e complessi, collaborando al coordinamento operativo degli interventi.</p>

	1.2.3 Nel caso di contemporaneo intervento socioassistenziale e sanitario, il programma individuale di assistenza deve essere unico e integrato così come gli strumenti informativi (cartella sociosanitaria) e di comunicazione tra gli operatori e con la famiglia ed individuato un unico responsabile del caso, al quale si rapportano tutti i servizi. Il soggetto gestore assicura la collaborazione e l'integrazione per gli interventi previsti dal programma dimissione protette, le cui modalità sono definite congiuntamente da Comuni e AUSL a livello di ambito distrettuale.
1.4 modalità e strumenti di gestione dei sistemi informativi	1.4.1 Viene assicurato l'assolvimento dei debiti informativi sulla base delle richieste locali, regionali e nazionali.
2° Criterio - Prestazioni e servizi	
<i>"L'organizzazione descrive la tipologia e le caratteristiche dei servizi erogati e individua i metodi di lavoro sui quali fondare azioni successive di valutazione dei risultati e della comunicazione con gli utenti e i cittadini"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
2.1 tipologia di servizi erogati	2.1.1 Nella Carta dei servizi sono descritti i servizi offerti compresi i servizi complementari e le relative modalità di richiesta e attivazione.
	2.1.2 Nella Carta dei servizi sono indicate le modalità per la formulazione per Piano individuale che il Soggetto deve garantire per ogni utente sulla base del Progetto formulato dalla UVM territorialmente competente e l'individuazione per ogni piano di un tutor. Sono specificate le modalità di partecipazione al Piano da parte dell'utente e/o del caregiver, nonché le modalità attraverso le quali gli utenti e/o i loro Caregiver possono chiedere una valutazione congiunta e una revisione del proprio Piano.
2.2 eleggibilità e presa in carico degli utenti	2.2.1 Sono indicati nella carta dei Servizi le modalità di accesso ed i criteri di eleggibilità condivisi con la Committenza e l'UVM territorialmente competente.
	2.2.2 Sono descritte nella Carta dei servizi le modalità di presa in carico, definizione e revisione periodica del Piano e individuazione del tutor.
2.3 continuità assistenziale	2.3.1 Sono descritte nella Carta dei servizi le modalità per garantire la continuità assistenziale in particolare le modalità di relazione tra UVM e équipe del servizio, case manager e tutor, Progetto di vita e di cura formulato dalla UVM e Piano individuale formulato dalla équipe del servizio.
3° Criterio - Aspetti strutturali	
<i>"L'organizzazione cura l'idoneità all'uso delle strutture e la puntuale applicazione delle norme relative alla manutenzione delle attrezzature"</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
3.1 idoneità all'uso delle strutture	3.1.1 La sede del servizio deve essere chiaramente identificabile grazie alla presenza di segnaletica adeguata. I locali devono essere adeguati alle funzioni che vi vengono svolte e a norma rispetto ai requisiti di sicurezza. Deve essere previsto uno spazio dedicato alla ricezione del pubblico totalmente accessibile e che tuteli la privacy degli utenti. Viene garantita una manutenzione periodica delle attrezzature nel rispetto delle normative vigenti.

5° Criterio - Comunicazione	
<i>“Una buona comunicazione e relazione fra operatori e utenti garantisce allineamento ai comportamenti attesi, aumento della sicurezza nella cura e assistenza, partecipazione di utenti e familiari/caregiver alle scelte di cura”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
5.1 modalità di comunicazione interna alla struttura, che favorisca la partecipazione degli operatori	5.1.1 Al fine di assicurare la condivisione da parte del personale del nuovo modello di assistenza domiciliare come descritto nei presenti requisiti specifici, l’Ente gestore garantisce modalità di diffusione al personale di adeguati strumenti, indicazioni e contenuti formativi, nonché assicura adeguate modalità di ascolto delle proposte e valutazioni del personale coinvolto nei percorsi assistenziali, al fine di migliorare la qualità dei servizi, nonché la sicurezza nella cura e assistenza.
5.3 modalità e contenuti delle informazioni da fornire alle persone e ai familiari/caregiver	5.3.1 Con l’assistito preso in carico, è formalizzato un “contratto” assistenziale in cui si concordano i contenuti del piano personalizzato, le modalità di coinvolgimento dei familiari e/o dell’assistente familiare (ove presente), la copertura assicurativa, gli aspetti economici, l’impegno a rispettare i tempi concordati e a comunicare variazioni dell’orario dell’intervento o eventuali sospensioni del servizio.
	5.3.2 Sono esplicitate le modalità di attivazione del servizio, i tempi e i costi
	5.3.3 Il soggetto gestore definisce e rende noti orari, giorni di apertura e reperibilità telefonica (di norma per tutto l’orario di apertura del servizio e comunque non inferiore alle 12 ore) attraverso la carta dei servizi e altri strumenti di comunicazione.
5.4 coinvolgimento delle persone e dei familiari/caregiver nel processo di assistenza	5.4.1 Il soggetto gestore deve assicurare e documentare il coinvolgimento, da parte degli operatori del servizio, dei familiari e/o dell’assistente privato nel processo di cura, con la definizione e il coordinamento dei rispettivi compiti e la programmazione dell’attività di supervisione, affiancamento e tutoring dei caregiver, sia in termini di addestramento in situazione per gli aspetti tecnici inerenti all’assistenza, che per gli aspetti di carattere socio-relazionale.
6° Criterio Appropriatelyzza clinica e sicurezza	
<i>“Efficacia, appropriatezza e sicurezza sono elementi essenziali per la qualità dell’assistenza e devono essere monitorati”</i>	
REQUISITI	EVIDENZE
6.3 programma per la gestione del rischio clinico e modalità di gestione degli eventi avversi	6.3.1 Il soggetto gestore garantisce la partecipazione dei propri operatori alla formazione sulla sicurezza delle cure, con particolare riferimento ai rischi relativi all’assistenza in ambiente domestico (es. rischio infettivo, cadute, ecc.).

8° Criterio – Umanizzazione

"I luoghi di cura e i percorsi di assistenza sono orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica"

REQUISITI	EVIDENZE
8.1 programmi per la umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza	8.1.1 L'Ente Gestore garantisce modalità di erogazione del servizio nel rispetto dei bisogni di carattere bio-psico-sociale e delle differenze relative all'età, al genere e alle particolari condizioni di salute, nonché promuove programmi per l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza attraverso ad esempio attività di formazione, gruppi di lavoro, indicatori e strumenti per la valutazione della qualità, condivisione di buone pratiche, cambiamenti organizzativi.