



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

ALLEGATO 1

**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE SOCIALE E
INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

**Indirizzi operativi, criteri di calcolo e prospetti
~~di elaborazione per la determinazione della tariffa~~
di riferimento regionale per le prestazioni sociali
del SAD e sociosanitarie dell'ADI.**

*Il presente allegato si compone di n. 9 (nove) pagg.,
inclusa la presente copertina*

1. Il contesto

Il grado di implementazione del LEA sociosanitario denominato "ADI-Assistenza domiciliare integrata" di cui all'All. 1C del DM 29.11.2001 è in Puglia ancora non sufficiente rispetto a tre dimensioni di valutazioni:

- il grado di copertura degli utenti potenziali (popolazione ultra65enne) su base regionale e per ciascuna ASL - Ob. Servizio S.06=%anziani in carico ADI su totale anziani residenti
- l'incidenza della spesa delle ASL per l'erogazione di prestazioni ADI sul totale del Fondo Sanitario Regionale - Ob. Servizio S.06bis
- la effettiva capacità di promuovere maggiore domanda di CDI - Cure domiciliari integrate da parte delle famiglie, rispetto a un bisogno di cura e di assistenza ben più articolato di quanto la risposta fin qui consolidata consente, sia in termini di estensione oraria che di tipologie di prestazioni.

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

Questo incremento non può, in ogni caso, far sottacere che la Puglia è ancora indietro rispetto all'obiettivo di servizio nazionale (S.06) fissato a 4 % di anziani presi in carico con ADI, conseguendo nel 2014 il 2,34%, ma anche questo dato va letto rispetto ad una media nazionale che raggiunge il 4,3% .

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

ANNO 2014						
Azienda	Anno	Casi trattati	Casi trattati – anziani	Utenti in lista di attesa	Popolazione =>65 anni	% in ADI =>65 anni
BR	2014	3.528	2.839		83.379	3,40%
TA	2014	4.882	3.858		117.991	3,27%
BT	2014	1.464	1.313		68.554	1,92%
BA	2014	5.109	3.053		244.514	1,25%
FG	2014	4.397*	3.985*		124.396	3,20%
LE	2014	4.881	4.058		177.672	2,28%
Regione		24.261	19.106		816.496	2,34%
...						
ANNO 2010						
Azienda	Anno	Casi trattati	Casi trattati – anziani	Utenti in lista di attesa	Popolazione =>65 anni	% in ADI =>65 anni
BR	2010	3.078	2.457	0	76.257	3,22%
TA	2010	2.889	2.313	86	104.332	2,22%
BT	2010	1.062	995	231	60.725	1,64%
BA	2010	3.023	1.493	165	216.903	0,69%
FG	2010	3.710	3.515	250	115.010	3,06%
LE	2010	3.423	2.658	30	162.297	1,64%
Regione	2010	17.185	13.431	762	735.524	1,83%

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

Un altro dato particolarmente positivo che contrassegna le prestazioni domiciliari integrate erogate in Puglia è la durata media delle prestazioni complessive fruita dagli utenti presi in carico: il periodico studio tematico del Network Non Autosufficienza (NNA) restituisce nel rapporto 2012¹ un indicatore di "ore/anno ADI per utente anziano" che per la Puglia è pari a 43 ore/anno a fronte di un dato medio nazionale che non supera le 20 ore/anno. Tra le possibili chiavi di lettura possono essere addotte senza dubbio le seguenti:

- la Puglia fa registrare maggiori carenze nel grado di copertura della popolazione target ma non nella qualità/continuità delle prestazioni erogate agli utenti presi in carico;

¹ http://www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf (pagg. 17 e segg.)

- le persone prese in carico sono quelle che si trovano in condizioni di cronicità e di non autosufficienza più gravi, quindi presumibilmente in esito ad una acuzie ovvero a seguito di dimissione protetta da ricovero ospedaliero, mentre occorre accrescere ogni sforzo utile per prendere in carico con PAI progressivamente più intensivi proprio quelle persone le cui autonomie funzionali nel proprio contesto di vita vanno lentamente deteriorandosi, al fine di prevenire i ricoveri inappropriati ovvero ridurne la durata.

Con **Del. G.R. n. 630 del 30.03.2015** è stata colmata una lacuna rilevata anche dal Ministero della Salute con una specifica prescrizione inserita in tal senso nel Piano Operativo 2013-2015: sono state approvate le **Linee guida regionali per l'organizzazione delle cure domiciliari integrate (CDI)**. Sia i Comuni associati in Ambiti territoriali che le ASL hanno nelle Linee Guida un unico riferimento per definizioni e per modalità organizzative delle cure domiciliari integrate, omogenei indirizzi per la compartecipazione finanziaria e analogo strumento per definire le necessarie intese (Accordo di Programma).

Inoltre con **Del. G.R.n. 867 del 29.04.2015** è stato approvato il **DIEF 2014-2015** che, tra i vari obiettivi posti per l'equilibrio finanziario delle Aziende del SSR, ha per la prima volta fissato obiettivi di spesa verso cui far tendere la quota di Fondo Sanitario assegnata alle prestazioni ADI, in modo da rompere lo schema di una residualità nella strategia aziendale, che in questi anni ha determinato il fatto che la Puglia sia rimasta fanalino di coda per l'indicatore LEA della copertura ADI rispetto alla popolazione ultra65enne. Gli obiettivi minimi di spesa sono espressi nel DIEF in valore assoluto, ripartendo la somma complessiva di Euro 64.350.000,00 tra tutte le ASL pugliesi su base demografica; nello schema di accordo di programma che tutte le ASL sono state chiamate a sottoscrivere con gli Ambiti territoriali sociali entro la data del 18 maggio 2015 i medesimi obiettivi di spesa sono espressi in termini % come segue: 0,7% del FSR nel 2015, 1,0% del FSR nel 2016 e fino al 1,2% del FSR entro il 2017.

L'input sull'adeguamento della spesa del FSR per le prestazioni domiciliari si rivela determinante anche per corrispondere gli analoghi e contestuali sforzi che i Comuni associati in Ambiti territoriali stanno conducendo, con l'occasione della attuazione dei Piani di Intervento PAC Servizi di Cura per Anziani, che per la prima volta rendono disponibili risorse finanziarie importanti per poter estendere la rete dei servizi domiciliari.

Allo stato attuale i Comuni hanno, infatti, a disposizione le seguenti risorse per potenziare la rete dei servizi domiciliari:

- le risorse del FNA che annualmente nei Piani Sociali di Zona sono destinate alle prestazioni domiciliari per persone non autosufficienti (disabili e anziani)
- le risorse del PAC Servizi di Cura - I e II riparto (annualità di attuazione 2015-2017)
- le risorse del FSC (Del. CIPE n. 79/2012) per l'APQ "Benessere e Salute" che nell'ambito del sostegno alla domanda assegna specifiche risorse per l'implementazione dei buoni servizio di conciliazione per le cure domiciliari integrate
- nel medio periodo (a partire dal 2016) anche quota parte delle risorse che il FSE del POR Puglia 2014-2020 assegna alle azioni connesse alla accessibilità di servizi di qualità per le persone e le famiglie.

2. I servizi SAD e ADI

Rispetto al complesso delle Cure Domiciliari Integrate, le già citate Linee Guida Regionali individuano come cure domiciliari ad elevata integrazione sociosanitaria (ADI) in particolare le seguenti tipologie:

- **l'Assistenza Domiciliare Integrata di primo livello:** è costituita da prestazioni di tipo medico, infermieristico, e riabilitativo, assistenza farmaceutica e accertamenti diagnostici a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale e interventi programmati articolati fino a 5 giorni su 7 (dal lunedì al venerdì), nella fascia oraria 08.00 - 20.00, con una operatività del servizio di 8 ore al giorno;

- **l'Assistenza Domiciliare Integrata di secondo livello:** le prestazioni devono essere articolate fino a 6 giorni in relazione alle criticità e complessità del caso; ricevono ADI di II livello anche pazienti con lesioni vascolari croniche e ferite difficili in generale fino alla totale guarigione, trattate con medicazioni avanzate, nonché i pazienti con PAI che, pur prevedendo un numero di accessi minore di 6, possono rientrarvi per intensità di cure, come anche i pazienti oncologici. L'ADI si articola su 6 giorni su 7 (dal lunedì al sabato), nella fascia oraria 08.00 - 20.00, con una operatività del servizio di 10 ore al giorno, dal lunedì al venerdì, e 6 ore il sabato.

Ricordando che i profili di cura si qualificano per livelli differenziati attraverso i seguenti parametri:

- a la **natura del bisogno**;
- b l'**intensità**, definita con l'individuazione di un coefficiente (CIA²);
- c la **complessità** in funzione del case mix e dell'impegno delle figure professionali coinvolte nel PAI (valore GEA³)⁴;
- d la **durata media** (GdC⁵) in relazione alle fasi temporali: intensiva, estensiva e di lungo assistenza, e le **fasce orarie** di operatività, intendendo per queste il periodo ovvero l'arco della giornata in cui possono essere erogati gli accessi della durata prescritta;
- e il tipo di **prestazioni** domiciliari per profilo professionale

di seguito sono riportati i profili di cura che le Linee Guida regionali prescrivono per l'ADI di I e II livello, in coerenza con quanto disposto dagli indirizzi del Ministero della Salute e di Agenas:

Profilo di cura	Natura del bisogno	Intensità CIA = GEA/GDC*	Attivazione UVM	Durata media	Complessità	
					Mix delle figure professionali / impegno assistenziale**	Operatività del servizio*** (fascia oraria 8-20)
CURE DOMICILIARI integrate di primo livello (già ADI)	Clinico funzionale sociale	Fino a 0,30	Si	180 giorni	Infermiere (max: 30') Professionisti della riabilitazione (45') Medico (30') Operatore sociosanitario (60')	5 giorni su 7 8 ore die
CURE DOMICILIARI	Clinico funzionale	Fino a 0,50	Si	180 giorni	Infermiere (min.30- max.45')	6 giorni su 7

² CIA = Coefficiente di intensità assistenziale: numero GEA/numero GdC

³ GEA = giornata effettiva di assistenza: giorno nel quale è stato effettuato almeno un accesso domiciliare

⁴ La complessità fa riferimento a diverse tipologie di prestazioni, le quali non devono essere tutte compresenti in fase di erogazione, ma possono essere modulate in un mix complessivo sulla base dei singoli PAI.

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

I integrate di secondo livello (già ADI)	ale sociale	Professionisti della riabilitazione (45') Dietista (30') Medico (45') Operatore socio sanitario (60-90')	10 ore die da lunedì a venerdì 6 ore il sabato
---	----------------	--	---

Le prestazioni di tipo socio sanitario e socio assistenziale che possono essere integrate con quelle di tipo sanitario, nell'ADI di I e di II livello sono disciplinate dagli artt. 87-88⁶ del Regolamento Regionale n. 4/2007, come novellato dal Reg. R. n. 11 del 7 aprile 2015.

Alle "Cure Domiciliari" sanitarie si affiancano i **servizi domiciliari a valenza socio assistenziale**, di cui all'art. 87 del Regolamento Regionale n. 4/2007 e s.m.i., identificati come **SAD**, e i servizi domiciliari a valenza socio sanitaria, di cui all'art. 88 del Regolamento Regionale n. 4/2007 e s.m.i., identificati come **ADI**, dichiarati "obiettivi di servizio" nella programmazione sociale regionale a valere sulle risorse del Fondo Nazionale Politiche Sociali e del Fondo Nazionale non Autosufficienza - Servizi di Cura per i Piani Sociali di Zona dei Comuni associati, nonché altri servizi alla persona.

Tali prestazioni contribuiscono a costruire un pacchetto di interventi, sulla base di una valutazione del bisogno sociale, per la realizzazione di un progetto personalizzato mirato a sostenere la persona non autosufficiente nel suo conteso di vita, evitando l'istituzionalizzazione, consentendo loro una soddisfacente vita di relazione e sollevando le famiglie dal carico di cura, e integrando sia obiettivi di cura e qualità della vita, sia obiettivi di conciliazione dei tempi di cura e di vita e lavoro per i care giver familiari.

3. Le modalità di erogazione dei servizi domiciliari integrati

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

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

⁶ Si faccia riferimento al novellato art. 88 del Reg. R. n. 4/2007 per effetto della Del. G.R. n. 422 del 11.03.2015 e successivi adempimenti per l'approvazione del nuovo regolamento regionale.

AMBITI TERRITORIALI/COMUNI

(SAD – ADI)

GESTIONE DIRETTA IN ECONOMIA

ACCESSO DIRETTO DEGLI UTENTI

AFFIDAMENTO A TERZI
(CONTRACTING OUT)

ACQUISTO POSTI
MEDIANTE
CONVENZIONE/
CONTRATTO DI SERVIZI
E PAGAMENTO
VOLUME PRESTAZIONI
ACQUISTATE

SCELTA EROGATORE DA
CATALOGO OFFERTA,
CON BUONO SERVIZIO
(PREVIA UVM)

ACQUISTO DIRETTO E
NON AGEVOLATO DA
BUONO SERVIZIO

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

Al fine di quantificare l'importo del buono servizio di conciliazione per ore erogate e per PAI complessivo, si applicano le tariffe di riferimento regionali oggetto del presente provvedimento della Giunta Regionale. Si rinvia, invece, ai successivi provvedimenti amministrativi per le modalità di articolazione dei budget per utente e per soggetto erogatore al fine definire le modalità erogative del buono servizio per le prestazioni domiciliari sociosanitarie.

4. Criteri di parametrizzazione dei costi

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

a) *make or buy*

b) in caso di gestione diretta in economia: ricorso a prestazioni aggiuntive e/o a equipe e risorse umane dedicate per le CDI

c) in caso di *outsourcing*: definizione dei parametri di costo per il capitolato tecnica di gara, con specifico riferimento all'assorbimento delle risorse per ciascun profilo di cura o livello di complessità assistenziale.

Al fine della determinazione delle tariffe di riferimento regionale per le Cure domiciliari integrate si procederà con un approccio ispirato all' "Activity Based Costing", che connette l'entità delle risorse assorbite per le attività svolte ai risultati prodotti. Sono considerati i costi diretti di personale e i costi indiretti e comuni, al fine di addivenire alla determinazione di un costo medio per le risorse impiegate, specificando che sono oggetto del presente provvedimento esclusivamente le prestazioni sociali del SAD e le prestazioni sociosanitarie dell'ADI che restano a carico del Comune con la compartecipazione dell'utente, ovvero, per le maggiori prestazioni a domanda individuale, a carico dell'utente salvo compartecipazione del buono servizio.

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

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

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

I principali criteri utilizzati per addivenire al calcolo delle tariffe di riferimento per SAD e ADI sono i seguenti per quanto attiene il costo medio di un'ora di prestazione SAD o ADI nell'ambito dell'affidamento del servizio da parte del Comune a un soggetto affidatario:

- per ciascun anno-uomo di operatore impiegato, si è considerato il moltiplicatore di 1,22 al fine di tener conto del maggiore costo per le sostituzioni dei lavoratori dovute nei periodi di assenza (ferie, permessi, malattie, ...);
- l'indennità di turno è stata considerata nel costo medio lordo annuo solo per gli operatori della teleassistenza, servizio per il quale è prevista l'articolazione sulle 24 ore, a copertura estensiva di una fascia oraria di operatività dei servizi SAD e ADI che va dalle 8,00 alle 20,00;
- la teleassistenza, come da Reg.R. n. 4/2007 e s.m.i., è considerata prestazione integrativa obbligatoria per il SAD e facoltativa per l'ADI, secondo quanto la Stazione Appaltante di volta in volta valuterà opportuno, anche in relazione a diverse modalità organizzative per altri servizi come il telesoccorso, iniziative sperimentali per la domotica sociale, ecc...;
- la tariffa è stata esposta per ora di servizio fruito dall'utente, al cui interno confluiscono le ore lavorate dai singoli operatori per il rispettivo apporto, dunque la tariffa è comprensiva del mix di prestazioni e dei costi indiretti e di coordinamento;
- in media le tariffe sono state determinate considerando un impiego per 38 hh settimanali (full time nel CCNL Coop) degli operatori impiegati, e simulando la composizione dell'equipe per un numero di 30 utenti, talchè ciascun utente risulti beneficiario settimanalmente in media di 10,13 hh di prestazioni per l'ADI, oppure di 5,06 hh di prestazioni per il SAD; detti valori medi assorbono, ovviamente, il caso di maggiori o minori fabbisogni orari degli stessi utenti, che solo il PAI redatto dalla competente UVM potrà di volta in volta prescrivere;
- si è considerato il ruolo di coordinamento in modo più intensivo per l'ADI (n. 1 assistente sociale ogni 30 utenti) e meno intensivo per il SAD (n. 0,25 assistente sociale ogni 30 utenti); si specifica che detto parametro è introdotto con il presente provvedimento al fine di esplicitare la funzione di coordinamento sottesa anche per i servizi di SAD e ADI ma non parametrata in modo puntuale nei relativi artt. di Regolamento;

- al fine della composizione per figure professionali si è considerato sempre l'apporto per il 70% di figure OSS e per il 30% di figure ausiliarie (OSA-OTA-ADEST-nuovi "Assistenti familiari"), con arrotondamento all'unità;
- le spese generali sono state determinate nella misura dell'8% del costo del personale, per tener conto del vincolo imposto dalle Linee Guida dell'AdG PAC Servizi di Cura per l'ammissibilità della spesa a valere su quei fondi.

Con specifico riferimento al costo orario della prestazione che può essere acquistata a domanda individuale da parte della famiglia, accedendo a soggetto erogatore autorizzato al funzionamento e "accreditato", cioè iscritto nel Catalogo Regionale dell'Offerta per i servizi domiciliari integrati di prossima attivazione su base regionale, i criteri di calcolo utilizzati sono i seguenti:

- non è stato considerato il costo della teleassistenza, assumendo l'ipotesi che questo servizio, ancorchè integrativo, non possa essere considerato servizio a domanda individuale;
- in media le tariffe sono state determinate considerando un impiego per 38 hh settimanali (full time nel CCNL Coop) degli operatori impiegati, e quindi, assumendo un tempo effettivamente lavorato pari al 78% circa del totale contrattuale, risultano 30 ore settimanali di servizio fruito dall'utente, ipotizzando peraltro che il massimo erogabile tramite buono servizio sia di 5 hh pro die per 6 gg settimana per utente;
- si è considerato il ruolo di coordinamento, facendo incidere per 1/30 il costo lordo dell'assistente sociale;
- al fine della composizione per figure professionali si è considerato sempre l'apporto per il 70% di figure OSS e per il 30% di figure ausiliarie (OSA-OTA-ADEST-nuovi "Assistenti familiari"), con arrotondamento all'unità;
- le spese generali sono state determinate nella misura dell'8% del costo del personale, per tener conto del vincolo imposto dalle Linee Guida dell'AdG PAC Servizi di Cura per l'ammissibilità della spesa a valere su quei fondi.

5. Le tariffe di riferimento regionali

Alla luce dei criteri sopra riportati sono stati sviluppati i seguenti casi e determinate le relative tariffe di riferimento:

A) Tariffa di riferimento ADI – componente sociale (art. 88 Reg. R. n.

CASO 1 - Equipe per 30 utenti ADI				
Profilo personale	Num. unità impiegate	Costo anno uomo	Costo annuo totale	
personale tecnico				
coordinatore sociale	1,22	€ 32.793,91	€ 40.008,57	
operatori di teleassistenza (B1)		€ 27.005,32	€ -	
Operatore sociosanitaria (OSS) (C2)	7,32	€ 26.937,04	€ 197.179,13	
operatore assistentefamiliare (A1)	2,44	€ 22.699,87	€ 55.387,68	costo medio settimanale utente
totale			€ 292.575,39	€ 187,55
<i>Nota: 38 hh settimanali di erogazione servizio per figura professionale per 6 gg settimanali (in media 10,13 ore per utente) - costi indiretti spalmati</i>				
Tipologia struttura	Spesa per il personale	costo medio orario utente	Spese generali (8%)	TARIFFA ORARIA
Servizio ADI	€ 292.762,93	€ 18,51	1,18	€ 20,00

4/2007 e s.m.i.)

CASO 2 - Equipe per 30 utenti ADI (con prestazione aggiuntiva teleassistenza)				
Profilo personale	Num. unità impiegate	Costo anno uomo	Costo annuo totale	
personale tecnico				
coordinatore sociale	1,22	€ 32.793,91	€ 40.008,57	
operatori di teleassistenza (B1)	4	€ 27.005,32	€ 108.021,28	
Operatore sociosanitario (OSS) (C2)	7,32	€ 26.937,04	€ 197.179,13	
operatore assistentefamiliare (A1)	2,44	€ 22.699,87	€ 55.387,68	costo medio settimanale utente
totale			€ 400.596,67	€ 256,79
<i>Nota: 38 hh settimanali di erogazione servizio per figura professionale per 6 gg settimanali (in media 10,13 ore per utente) - costi indiretti spalmati</i>				
Tipologia struttura	Spesa per il personale	costo medio orario utente	Spese generali (8%)	TARIFFA ORARIA
Servizio ADI	€ 400.853,16	€ 25,34	2,03	€ 27,37

B) Tariffa di riferimento SAD (ex art. 87 Reg. R. n. 4/2007 e s.m.i.)

CASO 3 - Equipe per 30 utenti SAD				
Profilo personale	Num. unità impiegate	Costo anno uomo	Costo annuo totale	
personale tecnico				
coordinatore sociale	0,305	€ 32.793,91	€ 10.007,14	
operatori di teleassistenza (B1)	3,66	€ 27.005,32	€ 98.839,47	costo medio orario
Operatore sociosanitario (OSS) (C2)	3,66	€ 26.937,04	€ 98.589,57	
operatore assistente familiare (A1)	1,22	€ 22.699,87	€ 27.693,84	costo medio settimanale utente
totale			€ 235.125,02	€ 150,72
<i>Nota: 38 hh settimanali di erogazione servizio per figura professionale per 6 gg settimanali (in media 5,06 ore per utente) - teleassistenza è un costo diretto</i>				
Tipologia struttura	Spesa per il personale	costo medio orario utente	Spese generali (8%)	TARIFFA ORARIA
Servizio SAD	€ 235.275,74	€ 17,00	1,36	€ 18,36

C) Tariffa di riferimento SAD – ADI (prestazioni “OSS”) a domanda individuale

Caso 4 - Acquisto di 30 hh/settimana di servizio SAD-ADI (domanda individuale con buono servizio)				
Profilo personale	Num. unità impiegate	Costo anno uomo	Costo annuo totale	
personale tecnico				
coordinatore sociale	0,03	€ 32.793,91	€ 983,82	
operatori di teleassistenza (B1)	0	€ 27.005,32	€ -	
Operatore sociosanitario (OSS) (C2)	0,7	€ 26.937,04	€ 18.855,93	
operatore assistente familiare (A1)	0,3	€ 22.699,87	€ 6.809,96	costo medio orario utente
totale			€ 26.649,71	€ 17,08
<i>Nota: contrattualizzare un operatore per 38 hh settimanali corrisponde a 30 ore (78%) di erogazione servizio per figura professionale per 6 gg settimanali (in media 5 ore/g) - Assistente sociale riparametrata rispetto a 1:30 utenti</i>				
Tipologia struttura	Spesa per il personale	costo medio orario utente	Spese generali (8%)	TARIFFA ORARIA
Servizio SAD	€ 26.649,71	€ 17,08	1,37	€ 18,45