

Allegato 3) al Piano Integrato Sociale Regionale (PISR) 2007-2010 approvato con Delibera del Consiglio regionale n. 113 del 31 ottobre 2007, così come modificato con Delibera del Consiglio regionale n. 69 dell'11 novembre 2009.

L'assistenza continua alla persona non autosufficiente

1) Il progetto regionale

La non autosufficienza, tanto per gli aspetti legati alla pressione demografica quanto per le caratteristiche di perdita e/o di mancanza di autonomie, si connota come una problematica particolarmente complessa, in grande crescita ed in continua evoluzione. Per far fronte a tale complessità, si prevede la definizione del progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, che sarà oggetto di una successiva Deliberazione della Giunta Regionale Toscana, finalizzato ad accompagnare l'organizzazione di un sistema locale di welfare in grado di tutelare le persone non autosufficienti e le loro famiglie. Un impianto che si assume anche il compito di dare indicazioni sulle modalità organizzative e gestionali di una struttura composta da un "reticolo di organizzazioni". Il Progetto regionale sulla non autosufficienza fornisce indicazioni ai servizi territoriali perché realizzino gli interventi mirati verso l'area della non autosufficienza, e quelli nell'area della prevenzione, in modo da ritardare situazioni di gravità. In sostanza le politiche regionali di assistenza verso le persone anziane devono affrontare, con respiro strategico, il tema del miglioramento complessivo dello stato di salute della popolazione anziana.

2) L'obiettivo del progetto regionale

La crescita della responsabilità pubblica costituisce il nucleo della proposta, che si realizza tramite la crescita dei servizi pubblici e l'attivazione di livelli essenziali per i non autosufficienti come parte del processo di introduzione di livelli essenziali per il complesso di servizi e interventi sociali (Liveas). L'impianto del progetto regionale si fonda sul carattere universalistico dell'assistenza, riconoscendo alla persona non autosufficiente il diritto alla garanzia della prestazione sociosanitaria appropriata, rafforzando ed estendendo il diritto di cittadinanza. Tale obiettivo, coniugato al principio della valutazione del bisogno assistenziale e della presa in carico delle persone sulla base di progetti personalizzati ed integrati, deve avere caratteristica di certezza (prestazione certa per chiunque si trovi in una determinata condizione di bisogno) e realizzarsi come tipologia di offerta appropriata.

3) L'intesa interistituzionale

Il sistema dei servizi e di interventi a favore della non autosufficienza deve fondarsi su una Intesa interistituzionale tra Regione, Aziende USL ed Enti Locali, nella quale si indica la scelta di un rapporto di cooperazione tra i diversi livelli istituzionali, nell'ambito delle rispettive competenze, con assunzione di responsabilità. L'intesa definisce un sistema di protezione sociale e di cura per le persone non autosufficienti, sulla base dei principi generali di universalità nell'accesso alle prestazioni, di integrazione delle politiche sanitarie e di

quelle sociali, di sostegno alla domiciliarità, di coinvolgimento delle comunità locali nella attuazione degli interventi e nella valutazione degli esiti. Le intese interistituzionali, sottoscritte a livello di singolo territorio, contengono gli impegni dei diversi soggetti istituzionali a garantire adeguati livelli di assistenza sociale di base e ad assicurare il complesso delle risorse già dedicate alle politiche di sostegno della non autosufficienza. In particolare:

- La Regione, al fine di assicurare risposte assistenziali certe ed omogenee in ambito regionale, si impegna a dedicare a questo progetto risorse già oggi impiegate per i servizi sanitari e socio sanitari per la non autosufficienza e risorse ulteriori determinate a seguito della definizione del progetto. La Regione inoltre assicura l'unitarietà del Fondo, anche a fronte dell'origine diversificata dei finanziamenti.
- Gli Enti Locali e le Aziende USL si impegnano a garantire il governo integrato del fondo anche attraverso il ruolo strategico delle Società della Salute, in grado di assicurare la realizzazione del sistema integrato dei servizi a livello territoriale. Nelle Zone dove non fosse costituita la Società della Salute tali impegni devono essere definiti e concordati tra l'azienda sanitaria ed i comuni, in coerenza con il Piano Integrato di Salute.

Infine attraverso l'Intesa interistituzionale si individuano gli obiettivi e requisiti regionali di assistenza, che concorrono alla realizzazione di interventi adeguati (sia in termini qualitativi che quantitativi) ed appropriati, per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, nonché le relative risorse umane e finanziarie necessarie alla loro realizzazione.

4) Il modello integrato

Il sistema territoriale dei servizi per la non autosufficienza in Toscana delinea una articolazione organizzativa strutturata su due piani tra loro fortemente coordinati, che sono:

- La funzione di indirizzo, di governo e di programmazione costituita dalle società della salute. Il sistema dei servizi territoriali acquisisce un ruolo ed una funzione strategica se riesce a strutturare e a mantenere un carattere fortemente integrato.

Tale possibilità è assicurata dal nuovo assetto che, in Toscana, si configura con l'introduzione delle Società della Salute, che rappresentano il livello di governo dove si definiscono gli indirizzi di carattere generale, le priorità di intervento e le modalità di utilizzo del Fondo a livello territoriale, ad esito del processo concertativo partecipativo, che trova compiuta attuazione nella sottoscrizione dei patti (istituzionali e territoriali).

Nello specifico, vengono attribuite alle Società della Salute:

- la funzione di indirizzo e di governo finalizzate alla definizione delle linee della programmazione operativa e attuativa di territorio;
- il controllo, il monitoraggio e la valutazione in rapporto agli obiettivi programmati;
- l'organizzazione e la gestione delle attività sanitarie e socio-sanitarie nell'area della non autosufficienza e della disabilità, così come previsto dall'art. 142 bis L.R. 40/2005, modificata con L.R. 60/2008.

• La funzione di coordinamento operativo è così presidiata:

- a) **Il Punto Unico di Accesso:** livello direzionale affidato al Responsabile di zona, ovvero al Direttore della Società della Salute ove costituita, composto

da uno staff dove sono presenti le figure professionali, indicate nel punto 3.4.2.1 del P.I.S.R. e quelle ritenute necessarie alle connesse funzioni di regia e di coordinamento. Pertanto il PUA rappresenta il luogo dove dal punto di vista operativo, professionale e gestionale, si realizza compiutamente l'integrazione sociosanitaria. Il responsabile di Zona distretto, attraverso il PUA, presente in ogni Zona distretto, assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione e il coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza. Il governo dell'accesso alle prestazioni integrate socio-sanitarie dovrà anche assicurare tempi certi per la valutazione e l'erogazione delle prestazioni, così come previsti dalla legge regionale 66/2008;

- b) I Punti Insieme:** costituiscono la porta di accesso al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza e si caratterizzano per la loro elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella strutturazione. I Punti Insieme, la cui articolazione organizzativa viene definita a livello di singola zona-distretto, devono garantire l'accoglienza e la raccolta della segnalazione del bisogno, l'orientamento e l'informazione del cittadino, nonché l'avvio delle procedure relative alla presa in carico;
- c) L'Unità di Valutazione Multidisciplinare:** viene costituita presso ogni zona distretto. Individuata come un'articolazione operativa, è composta, così come previsto dall'art. 11 della LR 66/2008, da un medico di distretto, un assistente sociale ed un infermiere. È di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione. In relazione ai casi in esame è anche integrata da professionalità specialistiche e dagli operatori coinvolti nella valutazione del caso e che si ritengono necessari ai fini della definizione del progetto di assistenza personalizzato, con particolare attenzione alla professionalità geriatrica per i PAP dedicati alle persone >65enni. Alla Unità di Valutazione compete la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente, la individuazione dell'indice di gravità del bisogno, la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP), la sua condivisione con la persona e la famiglia e la individuazione e relativa nomina del responsabile del progetto.

5) L'offerta dei servizi

Al fine di orientare il modello toscano verso la priorità strategica della permanenza del soggetto non autosufficiente nel contesto familiare, attraverso l'incremento dell'ADI, definendo le necessarie risorse, ed il sostegno domiciliare, così come previsto nel P.S.R. 2008-2010, limitando i casi di inserimento in strutture residenziali, il progetto, in coerenza con le indicazioni contenute nell'art. 7 della L.R. 66/2008, definisce all'interno delle aree (domiciliare, semiresidenziale e residenziale) la diversa articolazione delle tipologie di intervento.

Fermo restando la necessità di garantire la circolarità e la flessibilità degli interventi, sinteticamente gli stessi possono essere suddivisi in:

1. Per l'area della domiciliarità gli interventi si riferiscono:

- agli interventi domiciliari sociali e sociosanitari forniti in forma diretta dal servizio pubblico (assistenza domiciliare sociosanitaria e integrata);
- agli interventi domiciliari in forma indiretta: o tramite titoli per l'acquisto di servizi, che saranno disciplinati dopo l'adozione delle procedure di accreditamento; o tramite il sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia

che si avvale di figure di assistenza regolarmente assunte; tramite il sostegno della famiglia che si assume in proprio il carico assistenziale verso persone non autosufficienti con gravi forme di demenza senile. In questi casi non c'è l'obbligo di finalizzazione del contributo per la copertura di costi derivanti dall'instaurazione di un rapporto di lavoro.

2. Per l'area della semiresidenzialità gli interventi si riferiscono ad inserimenti nei centri diurni.
3. Per l'area della residenzialità gli interventi si riferiscono in via prioritaria agli inserimenti temporanei o di sollievo nelle RSA e, nei casi in cui non sia possibile attivare percorsi alternativi, agli inserimenti permanenti in RSA. Nell'ambito del sistema accreditato, i soggetti titolari delle prestazioni definite nel PAP, potranno esercitare il diritto di scelta nell'accesso alle strutture ed ai servizi disponibili (vedi articolo 8 LR 41/2005 e artt. 3 e 16 LR 40/2005).

6) Le azioni di sistema

Al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi di progetto e di assicurarne l'omogeneità su tutto il territorio regionale, si delineano nel progetto le azioni di sistema, che non sono rivolte prioritariamente alle persone fisiche, ma sono tese a migliorare gli aspetti organizzativi, gestionali e di governo, affinché si sviluppino "un sistema integrato di servizi sociosanitari che dia al cittadino la certezza su tempi, quantità e qualità delle risposte assistenziali idonee per affrontare e risolvere il proprio bisogno".

Tali azioni ricomprendono:

- La comunicazione che è l'azione attraverso la quale i cittadini devono avere un'informazione chiara rispetto alle possibilità della risposta ai bisogni della persona non autosufficiente e della sua famiglia. È anche uno degli strumenti attraverso cui si promuove la domiciliarità.
- La formazione attraverso cui rendere il sistema nel suo insieme e tutti gli attori, pubblici e privati, più competenti, sia rispetto alla complessità delle problematiche che la non autosufficienza pone, sia nei confronti della necessità dell'agire integrato che la rete ed i servizi (formali e informali) debbono sviluppare per aggredire al meglio quella stessa complessità.
- L'accompagnamento. Il grado di innovazione e la complessità che il progetto regionale per la non autosufficienza porta con sé, implicano che siano previste azioni che seguano complessivamente tutte le zone distretto, evitando che ci siano disfunzioni e disallineamenti tra i diversi territori, tali da produrre poi diversità significative nelle risposte ai cittadini.
- Il sistema informativo per la non autosufficienza, parte integrante del sistema di monitoraggio e valutazione progettuale, ha l'obiettivo di portare ad unità le differenziazioni e soprattutto le incomunicabilità degli attuali sistemi applicativi e gestionali già in essere, di parte sociale e di parte sanitaria e di definire l'insieme di tutti gli elementi che permettono di rilevare i dati, di produrre informazioni e di rendere disponibili le stesse nei tempi e nei modi che possano consentire alla cabina di regia regionale e alle direzioni zonali, di avere le indicazioni necessarie per monitorare, verificare ed eventualmente intervenire nelle diverse fasi di progetto, avendo cura di poter controllare la sua sostenibilità, nel rispetto dell'universalismo e dell'equità del sistema.
- L'accredimento è oggetto di una specifica proposta di legge, che in base all'art. 25 della l.r. 41 /2005, disciplinerà le modalità di accreditamento

dei servizi alla persona e delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private, ivi inclusi quelle che operano nelle aree dell'integrazione socio-sanitaria, al fine di erogare prestazioni per conto degli enti pubblici competenti.

- Lo studio epidemiologico di popolazione attraverso cui definire il bisogno di assistenza socio-sanitaria nella popolazione ultra65enne residente al domicilio.
- Il monitoraggio e la valutazione. Il monitoraggio ha lo scopo di registrare puntualmente l'andamento delle azioni progettuali. La valutazione ha lo scopo di proporre percorsi e soluzioni di modifica e miglioramento delle azioni progettuali. I basamenti informativi saranno quelli del monitoraggio, integrati con strumenti e metodologie specifiche.

7) Composizione, ripartizione e misure perequative del Fondo Risorse per la non autosufficienza (P.I.R. 2.5 del P.R.S. 2006-2010)

La Regione Toscana ha previsto per il Fondo Regionale per la non autosufficienza, istituito con l'entrata in vigore della legge regionale n. 66 del 18 dicembre 2008, di garantire un livello di spesa a regime, a titolo di risorse libere regionali – in aggiunta alla quota di fondo sanitario relativo ai livelli essenziali per la non autosufficienza LEA – pari a Euro 80.000.000,00 l'anno per un totale complessivo (a partire dal 2010) di Euro 60.000.000,00, in stretta coerenza con quanto riportato per il P.I.R. 2.5 dal DPEF 2010.

Sono inoltre destinati alla non autosufficienza anche le risorse derivanti da eventuali lasciti e donazioni ed i trasferimenti nazionali, come le risorse del Fondo per le famiglie, che per il 2009 sono finalizzate agli interventi sulle assistenti familiari.

Tali risorse, così attribuite, sono trasferite con vincolo di destinazione e gestite con contabilità separata. Fermo restando che non sono soggette a compartecipazione le somme del Fondo NA eventualmente destinate alla copertura di prestazioni a carattere sanitario, per le prestazioni residenziali il concorso dei Comuni rimane determinato dalle norme della compartecipazione al costo delle prestazioni di cui all'art. 14 della L.R. 66/2008.

La Giunta Regionale, tenuto conto di quanto disposto nell'art. 3 della L.R. 66/2008 e sulla base delle indicazioni fornite dalla conferenza regionale della società della salute, provvede annualmente a ripartire il Fondo valutando in particolare la quantità delle risposte assistenziali effettivamente erogate e la loro efficacia con riferimento alla coerenza con gli obiettivi della programmazione regionale e territoriale.

La Giunta Regionale provvederà con proprio atto deliberativo ad approvare il "Progetto per l'assistenza continua alla non autosufficienza" contenente, tra l'altro, la determinazione e dimensionamento delle risorse da destinare ai diversi livelli di gravità di valutazione della persona non autosufficiente, sulla base del fabbisogno determinato a livello regionale.

Ferma restando la definitiva determinazione del dimensionamento programmato delle risorse (pacchetti isorisorse) da destinare ai diversi livelli di gravità, le società della salute, laddove costituite, altrimenti le zone distretto, possono superare la soglia massima dell'isorisorsa prevista per un determinato livello di gravità solo se risulta essere soddisfatto completamente il fabbisogno della domanda (copertura assistenziale di tutte le segnalazioni pervenute senza la creazione di liste di attesa).

Il fondo regionale per la non autosufficienza è ripartito tra le zone-distretto dalla Giunta regionale, sulla base delle indicazioni fornite dalla conferenza regionale delle società della salute di cui all'articolo 11 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale), modificata dalla legge regionale 10 novembre 2008, n. 60, facendo riferimento ai seguenti criteri generali:

- a) indicatori di carattere demografico;
- b) indicatori relativi all'incidenza della popolazione in condizioni di disabilità e di non autosufficienza;
- c) indicatori relativi alle persone non autosufficiente, disabili ed anziane accolte nelle strutture residenziali e semiresidenziali.

Una quota pari al 10 per cento del fondo è finalizzata a sostenere lo sviluppo omogeneo del sistema in ambito regionale con particolare riferimento ai comuni di cui alla legge regionale 27 luglio 2004, n. 39, concernente norme a favore dei comuni montani e dei piccoli comuni in situazioni di disagio.