

**PROTOCOLLO D' INTESA PER LA GESTIONE DELLA FASE PILOTA DEL
PROGETTO REGIONALE DI ASSISTENZA CONTINUATIVA A PERSONE NON
AUTOSUFFICIENTI E PER IL GOVERNO INTEGRATO DEL FONDO SPERIMENTALE
PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

Tra

- **Società della Salute di Firenze**, in persona del legale rappresentante p.t.
- **Azienda Sanitaria di Firenze**, in persona del legale rappresentante p.t.
- **Comune di Firenze**, in persona del legale rappresentante p.t.

PREMESSO

- che la Fase Pilota del progetto regionale di assistenza continuativa a persone non autosufficienti e la costituzione di un Fondo specifico trovano fondamento nei seguenti atti di indirizzo e linee guida regionali:

- P.I.S.R. 2005-2007 – politiche assistenziali nell'area della non autosufficienza
- DGR 402/2004 “Azioni per la riqualificazione del processo assistenziale a favore delle persone anziane non autosufficienti in attuazione del P.S.R. 2002/2004 di cui alla delibera C.R.T. n. 60/2002 e rideterminazione della quota capitaria sanitaria nelle RSA”
- Decreto R.T. n. 1161/2006 “Avvio della sperimentazione delle Linee guida per un modello organizzativo di assistenza domiciliare di cui alla deliberazione GRT n. 402/2004
- Linee del PISR 2008-2010 e documento sulla integrazione socio-sanitaria che costituirà elemento unitario con il Piano Sanitario Regionale 2008-2010
- Documento presentato dalla Regione Toscana nella giornata seminariale del 17.07.2007 “Assistenza continuativa alla persona non autosufficiente – Linee di progetto”
- Documento preliminare alla proposta di Legge Regionale sugli “Interventi per l'assistenza continuativa ai non autosufficienti” approvato dalla Giunta Regionale nella seduta del 06.08.2007
- La Conferenza di programmazione sociosanitaria regionale, nella seduta del 08.10.2007, ha preso atto della proposta della Giunta Regionale di avviare la Fase Pilota del Progetto di assistenza continuativa per la persona non autosufficiente, da Novembre 2007 a Giugno 2008, che permetterà di fornire indicazioni utili per il suo proseguimento a regime

- che per la Regione Toscana costituiscono:

A: Obiettivi strategici della fase pilota

- **privilegiare la permanenza del soggetto all'interno del contesto familiare**, assicurando forme di sostegno diretto e indiretto/integrativo alle famiglie, sulla base di indici di gravità del bisogno accertati obiettivamente
- **superamento delle liste di attesa per il ricovero in RSA**: l'inserimento in strutture residenziali, salvo casi di totale inadeguatezza familiare, deve essere inteso tendenzialmente come temporaneo e teso ad assicurare alla famiglia un periodo di sollievo alle cure
- **individuare nuove tipologie di offerta assistenziale** maggiormente rispondenti ai bisogni
- **ampliare il numero complessivo degli assistiti**
- assicurare al cittadino **certezza su tempi, quantità e qualità** delle risposte assistenziali
- varare una **idonea organizzazione del sistema dei servizi socio-sanitari integrati**, ad iniziare dagli anziani, ma **valida per la gestione di tutta la casistica “complessa”** necessitante di valutazione integrata sociosanitaria

- disciplinare **le modalità operative** per garantire l'omogeneità sul territorio
- **aumentare l'appropriatezza** delle risposte, attraverso l'utilizzo di **nuovi strumenti di valutazione**

B. Obiettivi di riqualificazione del sistema degli interventi socio-assistenziali per l'assistenza continuativa ai non autosufficienti:

- **tempestività nell'accesso e nella presa in carico**
 - **prima lettura immediata del bisogno**
 - l'istituzione e attivazione dei **Punti Unici di Accesso sul territorio (PUA)**
 - la **riqualificazione delle Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM)** per la definizione del **programma assistenziale personalizzato (PAP)** e per la verifica periodica degli esiti del percorso assistenziale
 - **la continuità di assistenza tra Ospedale e territorio**
 - **l'istituzione e la gestione unitaria e integrata del Fondo per la non autosufficienza**
- che la Regione Toscana considera **requisiti essenziali per la partecipazione alla Fase pilota** quelli istituzionali e organizzativi di accesso e di presa in carico integrata della persona non autosufficiente, delineati nella delibera GRT 402/2004 e nel decreto dirigenziale 1161/2006 e indicati in dettaglio:
- **protocollo di intesa/accordo di programma tra ASL/Comuni/SdS** per la gestione della fase pilota e per il governo integrato del Fondo per la non autosufficienza
 - **azione programmata** prevista all'interno del Piano Integrato di Salute della SdS
 - **modelli organizzativi** (PUA, UVM, Specialistica interna alla zona) formalizzati dall'Azienda ASL/Sds
 - provvedimento di costituzione e **regolamento di funzionamento del Punto Unico di Accesso e della Unità di Valutazione Multiprofessionale**
 - **avvio dell'attività del sistema di cui al punto precedente**
 - **protocollo di continuità assistenziale Ospedale/territorio** approvato formalmente dagli organi competenti
 - definizione delle modalità di **coinvolgimento della famiglia tramite care-giver familiari**
 - **sottoscrizione del progetto di assistenza personalizzato** con la famiglia e individuazione e **attivazione della figura del care manager** che seguirà l'assistito e il suo familiare in tutte le fasi del percorso assistenziale
- che la Regione Toscana vincola altresì la partecipazione alla fase pilota al rispetto dei seguenti, ulteriori **requisiti obbligatori**:
- attivazione di una **banca dati centralizzata** a livello di Zona-distretto, con la raccolta delle informazioni su tutte le richieste di intervento assistenziale per le persone non autosufficienti, alimentato dalle informazioni contenute nella "scheda di registrazione" che fa parte del protocollo regionale
 - adozione a regime, ai fini della valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente, del "**Protocollo valutativo multidimensionale**", attualmente in fase di validazione sul territorio toscano, che andrà a sostituire le procedure previste dalla delibera 214/1991. Per la fase pilota, saranno definiti, d'intesa con la Regione Toscana, il numero dei casi da valutare in parallelo con il vecchio ed il nuovo strumento, nei tempi stabiliti dalla Regione

- adozione, a regime, della **scheda progetto e rivalutazione/verifica** che fa parte del protocollo regionale, al fine di rendere omogenea, su tutto il territorio regionale, la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP)
- adeguamento del **modello organizzativo** ai requisiti organizzativi previsti
- **contabilità separata delle risorse assegnate**. Le singole Zone-distretto dovranno **vincolare nei propri bilanci la destinazione** di tali risorse al funzionamento del sistema dei servizi socio-sanitari territoriali per la persona non autosufficiente e **per le risposte assistenziali aggiuntive che si impegnano ad erogare**

Oltre a:

- l'immediata unificazione delle preesistenti liste separate di accesso in RSA, onde consentire l'inserimento dei nuovi accessi in una nuova, unica lista a livello di Zona-distretto
- attuazione completa, da parte della Azienda Sanitaria di Firenze, delle disposizioni di adeguamento economico delle rette di cui alle delibere GRT n. 402/04 e 271/05

PREMESSO ALTRESI' CHE

- è prevista la sottoscrizione di un **Protocollo operativo**, tra la Regione Toscana e la SdS, per l'avvio della Fase Pilota del Progetto di assistenza continuativa alla persona non autosufficiente, da Novembre 2007 a Giugno 2008;
- bozza generale di detto Protocollo, costituisce **allegato sub A)** parte integrante del presente atto

CONSIDERATO

che l'adesione alla fase pilota del progetto regionale di assistenza continuativa a persone non autosufficienti rappresenta, per la città di Firenze, un passaggio dovuto ed un esercizio indispensabile, tenuto conto:

- a. del trend dei dati demografici della popolazione residente
- b. della condizione patologica dovuta all'allungamento della vita e delle conseguenze sulla perdita dell'autonomia
- c. dell'ulteriore gravame rappresentato dallo stato di solitudine negli anziani, peculiarità fortemente presente nelle aree ad alta urbanizzazione

VISTO

il documento allegato **sub B)**, parte integrante del presente atto, con il quale, sulla base degli indicatori utilizzati dall'Agenzia Regionale di Sanità, si stimano i non autosufficienti attesi fra i residenti a Firenze

Tutto ciò premesso e considerato e le premesse costituendo parte integrante e sostanziale del presente atto

SI CONCORDA

di dare corso, nel territorio corrispondente alla Zona-distretto di Firenze, alla Fase Pilota del nuovo modello organizzativo territoriale di assistenza continuativa a persone non autosufficienti, secondo quanto stabilito dalla Delibera GRT 402/04 e sulla base dei criteri e delle modalità concordati con la Regione Toscana di cui al Protocollo Operativo allegato sub A) parte integrante del presente atto

SI CONCORDA E STABILISCE ALTRESI'

CAPITOLO 1 – MODELLO ORGANIZZATIVO E MODALITA' OPERATIVE

Art. 1 – Sistema di accesso ai servizi

Il primo punto di contatto del cittadino con il sistema territoriale integrato dei servizi sociosanitari per le persone non autosufficienti è rappresentato dal sistema di accesso ai servizi denominato **Punto Unico di Accesso (PUA)**.

Il Punto Unico di Accesso è organizzato in un **punto centrale PUA(C)** e in punti di accesso **territoriali PUA(T)**.

I PUA(T) sono ubicati presso le sedi di cui all'**allegato sub C)** parte integrante del presente atto.

Art. 2 – PUA Centrale

Il PUA centrale è elemento di snodo e collega tutti gli attori e le attività, sia direttamente che con un sistema informativo dialogante, supporta l'azione tecnico- professionale e amministrativa, **assicura la presa in carico dell'urgenza** e procede al monitoraggio di tutte le tipologie di servizi sostenuti dal progetto assistenziale.

Il PUA Centrale opera sulla base del Regolamento **allegato sub D)** parte integrante del presente atto.

Il PUA(C) è costituito da personale degli enti consorziati il cui numero, professionalità e appartenenza sono, per la fase pilota, indicati nello stesso allegato sub D).

Art. 3 – Continuità di assistenza Ospedale-territorio

In caso di dimissioni ospedaliere "protette" o "difficili", il PUA(C), su segnalazione dei competenti operatori del presidio ospedaliero, attiverà il percorso tutelato applicando le procedure previste dall'apposito Protocollo di continuità assistenziale Ospedale/Territorio **allegato sub E)** parte integrante del presente atto.

Le risorse destinate ad assicurare, in caso di dimissioni protette, il piano di assistenza temporaneo, fino alla valutazione della UVM, non gravano sul Fondo costituito dalle risorse economiche di cui al cap. 2 del presente atto.

Art. 4 - PUA Territoriali

Gli operatori del PUA Territoriale garantiscono:

- l'accoglimento e la registrazione della richiesta di intervento presentata dal cittadino, da un suo familiare o, eccezionalmente, dalla rete amicale e di prossimità, tramite la prevista **scheda**;
- la segnalazione al PUA(C) per l'avvio tempestivo degli **interventi assistenziali urgenti**;
- la trasmissione al PUA(C) di tutte le schede di registrazione delle richieste di intervento valutato come "complesso".

Le funzioni e l'organizzazione dei PUA Territoriali sono indicate nell'allegato sub D).

Art. 5 – Medici di Medicina Generale

I Medici di Medicina Generale costituiscono soggetto strategico nella medicina territoriale e del governo clinico del territorio. Il loro ruolo, quale porta di accesso ai servizi e quale componente

della Unità di Valutazione Multiprofessionale, per i casi di competenza, è regolato dall'Accordo che sarà all'uopo sottoscritto tra la SdS, l'Azienda Sanitaria di Firenze e le rappresentanze sindacali della medicina generale.

Art. 6 - Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM)

La composizione base della UVM, già da tempo costituita nella Zona-distretto fiorentina, risulta la seguente:

- medico ASC
- medico di medicina generale referente del caso
- infermiere
- assistente sociale

Sono, inoltre, tenute a partecipare alle sedute, se richieste, per una valutazione di secondo livello, le seguenti figure:

- medico specialista ed operatore della riabilitazione, garantiti dalla Asl attraverso le necessarie proiezioni;
- responsabile/operatore del Servizio Assistenza Domiciliare, garantito dal Comune attraverso le necessarie proiezioni.

La UVM, per le proprie sedute, che avranno luogo nei presidi ex distretto, disporrà di un supporto segretariale tra il personale amministrativo messo a disposizione dagli enti consorziati.

Le funzioni e l'organizzazione della UVM sono disciplinate dall'apposito Regolamento **allegato sub F)** parte integrante del presente atto.

Art. 7 – Progetto assistenziale personalizzato (PAP)

Il PAP, formulato sulla base dei risultati della valutazione delle condizioni di bisogno dell'assistito, deve assicurare la risposta assistenziale più appropriata ai bisogni rilevati e la verifica in itinere dei risultati delle prestazioni erogate, adattabili alla evoluzione del bisogno e appropriate in ogni sua fase.

Il PAP, redatto collegialmente dall'UVM, è sottoscritto da tutti i partecipanti nel termine di 30 giorni dalla registrazione del bisogno e contiene anche l'indicazione del nominativo e la professione del care manager, che ne segue l'attuazione in ogni sua fase e che diventa il referente dell'assistito o dei suoi familiari, nonché i termini di verifica.

Nella stessa seduta della UVM in cui si definisce il progetto assistenziale, lo stesso viene presentato all'interessato o a un suo familiare, appositamente convocato, per la condivisione del progetto personalizzato, al fine di addivenire alla successiva stipula dell'Accordo di cui all'art. 8.

Art. 8 – Accordo con l'assistito

Entro i 10 giorni successivi alla seduta dell'UVM – a seguito delle procedure per il calcolo della quota di compartecipazione relativa ai costi del progetto - l'interessato o un suo rappresentante è convocato presso gli uffici territoriali per la sottoscrizione dell'Accordo con l'assistito, secondo le indicazioni regionali.

Art. 9 – Lista Unica di Zona-distretto per l'accesso alle RSA

Contestualmente all'avvio della fase pilota, si procederà all'attivazione di una lista unica a livello di Zona-distretto per l'accesso alle RSA.

I criteri da applicarsi per la determinazione del punteggio, ai fini dell'inserimento nella graduatoria per l'accesso alle RSA, sono stabiliti in apposito provvedimento della SdS di Firenze.

Art. 10 – Uffici Unici/Sedi/ Gruppi Integrati

Sulla base degli indirizzi della Regione Toscana, di cui alla D.G.R. n. 522/06 e al fine di assicurare l'integrazione operativa delle funzioni amministrative e tecniche, ad iniziare da quelle di supporto alla fase pilota del progetto regionale di cui al presente atto, le parti concordano di avviare le condizioni organizzative e operative per l'unificazione funzionale degli Uffici interessati per le materie ad integrazione socio-sanitaria, a partire dal **Sistema Centrale Anziani**, costituito: dal PUA Centrale; dall'Ufficio Unico Amministrativo RSA (che integra l'Ufficio amministrativo RSA del Comune e dell'Azienda), nonché dall' Ufficio Domiciliarità del Comune di Firenze.

A tale scopo le parti si impegnano a individuare, presso una delle sedi del Comune e/o dell'Azienda Sanitaria, spazi idonei e funzionali allo svolgimento delle attività oggetto del presente atto e di quelle che saranno interessate dai programmi di integrazione operativa.

Conseguentemente, le parti acconsentono, sin da ora, all'eventuale trasferimento di sede del personale interessato del Comune e dell'Azienda Sanitaria, rinviando,ove necessario, a successivi atti organizzativi e gestionali.

Funzionalmente al presente progetto e, più in generale, in ottemperanza a quanto indicato dalla citata DGR n. 522/06, le parti concordano di procedere, con il presente Protocollo, alla costituzione dei previsti **Gruppi integrati di responsabilità**.

E' definito Gruppo Integrato di Responsabilità il team di operatori dell'Azienda e del Comune i quali, per i rispettivi enti, sono titolari di budget.

Il gruppo sarà pertanto responsabile, presso la SdS, del raggiungimento degli obiettivi integrati previsti nel Piano Operativo Annuale (che riporta gli obiettivi programmati nel PIS e procede ai relativi aggiornamenti annuali) e delle risorse assegnate dalla SdS per il loro raggiungimento, che si ritrovano, poi, nei rispettivi atti di approvazione di Budget e di Peg degli enti consorziati rispetto alle attività di gestione.

Con successivo atto verranno individuati i profili costituenti i singoli Gruppi.

CAPITOLO 2 – COSTITUZIONE E GESTIONE DEL FONDO SPERIMENTALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA

Art. 11 – Costituzione Fondo sperimentale

Fin dalla Fase pilota è prevista – ai soli fini del monitoraggio della spesa, mantenendo le singole componenti sociale e sanitaria separata natura - la costituzione di un apposito **Fondo sperimentale**. Le voci che compongono il Fondo, con i relativi valori economici, sono riportate nell'**allegato sub G)** parte integrante del presente atto.

Nel Fondo confluiscono, quale finanziamento storico:

- le risorse sanitarie (a carico dell'Azienda) storicamente destinate alle risposte sociosanitarie integrate in atto (quote sanitarie in RSA e centri diurni per non autosufficienti, oltre alla componente sanitaria delle cure domiciliari)
- le risorse sociali (a carico del bilancio comunale e del fondo sociale) storicamente destinate alle quote di parte sociale delle RSA e dei Centri diurni per non autosufficienti.

Il Comune e l'Azienda Sanitaria si impegnano a garantire le risorse necessarie ad assicurare i volumi di prestazioni storicamente erogate per la non autosufficienza.

Con questo atto l'Azienda Sanitaria si impegna, inoltre, a far confluire nel Fondo le eventuali risorse risultanti dalla differenza tra la spesa per la gestione diretta di strutture RSA e la loro riconversione gestionale.

Le risorse assistenziali aggiuntive, assegnate dalla Regione Toscana alla Società della Salute per la Fase pilota, verranno da questa assegnate al Comune e dall'Azienda Sanitaria con vincolo di destinazione al funzionamento del sistema dei servizi sociosanitari territoriali per la persona non autosufficiente e per le risposte aggiuntive che si sono impegnati ad erogare.

Art. 12 – Governo integrato delle risorse/Contabilità separata delle risorse aggiuntive

Spetta alla Società della Salute – in coerenza con gli indirizzi regionali e le azioni inserite nel Piano Integrato di Salute – la programmazione e il governo delle risorse destinate alla non autosufficienza, ivi comprese le risorse aggiuntive assegnate dalla Regione Toscana, nonché l’assegnazione agli enti consorziati, per l’attività di gestione, delle risorse che rimangono vincolate a tale finalità.

La SdS dovrà garantire la tenuta di contabilità separata delle risorse aggiuntive regionali vincolando la destinazione di tali risorse al funzionamento del sistema di servizi sociosanitari territoriali per la persona non autosufficiente e per le risposte assistenziali aggiuntive che si impegnerà ad erogare nel Protocollo con la Regione Toscana, allegato sub A) parte integrante del presente atto.

La SdS potrà stipulare apposita convenzione con uno degli enti consorziati per gli adempimenti connessi a tale gestione separata.

La SdS stabilisce, altresì, con separato atto, i criteri di assegnazione virtuale alla UVM delle risorse per la valorizzazione dei progetti assistenziali personalizzati.

Il Sistema Centrale Anziani, con i necessari supporti, fornisce reports periodici di monitoraggio di equilibrio del sistema e di sostenibilità da sottoporre agli organi della SdS.

Art. 13 – Risorse umane

Il Comune e l’Azienda Sanitaria garantiscono l’entità di risorse umane e i profili professionali necessari. A riferimento si assumono quelle mediamente destinate nell’ultimo triennio alla gestione ed erogazione dei servizi per la non autosufficienza.

Art. 14 - Offerta attuale di servizi e prestazioni

I servizi e le prestazioni attualmente erogate, sia direttamente che sotto forma di assistenza indiretta, ai soggetti in condizioni di non autosufficienza, sono riportati nell’**allegato sub H)** parte integrante del presente atto.

CAPITOLO 3 – SISTEMA INFORMATIVO INTEGRATO

Art. 15 – Banca dati centralizzata

Il software di gestione dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari territoriali assicura, in coerenza con il percorso del PUA, l’accesso al sistema, la valutazione professionale, la gestione dei progetti e delle prestazioni. Il software gestisce, inoltre, il debito informativo nei confronti della Regione Toscana.

La Società della Salute, il Comune di Firenze e l’Azienda Sanitaria di Firenze si impegnano a sviluppare il software per la gestione dei servizi sociali, sanitari territoriali e sociosanitari in forma integrata, utilizzando a tale scopo il software già acquisito dall’Azienda Sanitaria (S.In.S.S. - Sistema Informativo SocioSanitario). A tale scopo i Sistemi informativi Aziendali e del Comune sviluppano e implementano tale software ripartendo il carico economico necessario, al netto di eventuali contributi, proporzionalmente all’appartenenza giuridica degli operatori coinvolti.

Le parti si impegnano, altresì, a mettere a disposizione del sistema i software già sviluppati e/o in produzione. In questo caso saranno ripartiti solo i costi dell’assistenza e di eventuali implementazioni e/o integrazioni con il sistema generale, sempre con il criterio della proporzione rispetto all’appartenenza giuridica degli operatori coinvolti.

Con il presente atto le parti concordano di sviluppare un sistema di gestione di agende elettroniche in grado di dialogare eventualmente con singoli punti territoriali e con un Call Center, con numero dedicato a fornire informazioni ed orientamento al cittadino negli ambiti sociale e sociosanitario, ad

iniziare dall'area della non autosufficienza, e alla prenotazione degli appuntamenti, nel caso in cui venga stabilito di attuare questo servizio.

Viene, inoltre, previsto di sviluppare anche un sistema diffuso di informazione e orientamento, in coerenza con quanto previsto dal Piano Integrato Sociale Regionale.

CAPITOLO 4 – FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEGLI OPERATORI

Art. 16 – Formazione

La Formazione degli operatori sarà orientata ai seguenti principi:

- il progetto per la non autosufficienza richiama il sistema integrato dei servizi sociosanitari alla necessità di ridefinire la propria organizzazione
- cambiamento radicale, rispetto ai sistemi territoriali esistenti, in ordine all'approccio delle varie figure professionali verso le azioni che favoriscano la presa in carico integrata della persona non autosufficiente
- l'approccio professionale si sposta dalla valutazione della richiesta del cittadino alla valutazione della risposta rispetto al rilevato bisogno assistenziale e dalla dimensione monodimensionale a quella collegiale
- vengono adeguati allo scopo gli strumenti di informazione, lettura e valutazione del bisogno e organizzazione della risposta assistenziale.

Verrà, pertanto, attuata una fase di formazione sulle procedure professionali derivanti dall'attivazione del PUA, sul nuovo modello valutativo e sul nuovo sistema informativo, sia nella fase sperimentale che in quella definitiva, anche d'intesa con la Regione Toscana.

L'eventuale costo della formazione sarà ripartito tra gli enti interessati proporzionalmente all'appartenenza giuridica degli operatori coinvolti.

La formazione relativa alla fase pilota di cui al presente atto viene inserita nei piani di formazione aziendale e comunale, coinvolgendo allo scopo le strutture competenti.

CAPITOLO. 5– VERICHE INTERMEDIE E VALUTAZIONE FINALE DELLA FASE PILOTA

Art. 17 - Verifiche

Le parti concordano, fin da ora, di effettuare, con cadenza trimestrale, verifiche congiunte, tese a monitorare l'andamento della fase pilota, riferendone gli esiti alla Giunta della Società della Salute per la valutazione intermedia e finale.

Le parti si impegnano, altresì, a fornire, con la stessa periodicità e al bisogno, al Gruppo tecnico di coordinamento regionale, appositi report di monitoraggio secondo modalità quantitative (analisi banca dati cartelle assistite) e qualitative (analisi funzionamento e sostenibilità del modello organizzativo) che saranno all'uopo definite.

Art. 18 – Norma finale

Il Comune e l'Azienda Sanitaria di Firenze si impegnano ad adeguare le rispettive procedure interne alle disposizioni del presente Protocollo d'intesa.

Ove necessario, la SdS adotterà appositi protocolli operativi e linee guida per indirizzare l'attività delle strutture e degli operatori interessati.