



PROGETTO ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

Riferimenti normativi

Legge Regionale n. 66/2008

Istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza

Delibera GRT 370/2010

Approvazione del Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente

Decreto 1354/2010

Approvazione nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente.

Decreto 1759/2010

Modifiche al decreto 1354/2010

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159

Nuove modalità di calcolo dell'ISEE

Delibera GRT n°721 del 03/08/2009

Sperimentazione interventi a sostegno della funzione assistenziale domiciliare per le persone affette da SLA

Delibera GRT n° 18 del 17/01/2011

Prosecuzione della sperimentazione di cui alla Delibera n°721/ del 03/08/2009

Oggetto

Con il presente progetto si riconosce alla persona non autosufficiente il diritto alla garanzia della prestazione socio sanitaria appropriata, attraverso la valutazione dello stato di bisogno, la redazione del progetto personalizzato e l'erogazione delle prestazioni relative.

I principi generali del presente progetto sono: l'orientamento alla prevenzione della non autosufficienza, la promozione della domiciliarità nel rispetto dell'appropriatezza, il pieno utilizzo della rete dei servizi territoriali, la presa in carico del cittadino attraverso progetti di assistenza personalizzati, condivisi con la famiglia.

Tutti gli interventi promossi nell'ambito del progetto prevedono, l'applicazione delle modalità di compartecipazione previste dalla Legge Regionale 66/2008, dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 e dalla regolamentazione sulle compartecipazioni della Società della Salute Fi Zona Nord-Ovest.

Obiettivi generali

1. Realizzare il diritto di tutti i cittadini ad essere messi a conoscenza dei servizi disponibili nel loro territorio attraverso i punti informativi e di prima accoglienza (Punti Insieme).
2. Realizzare il diritto dei cittadini alla garanzia della prestazione socio sanitaria appropriata, nel rispetto dei principi di equità e giustizia, attraverso una lettura tempestiva ed una valutazione multidimensionale appropriata del bisogno.
3. Realizzare il diritto del cittadino ad un trattamento personalizzato al proprio bisogno individuale (Piano di Assistenza Personalizzato).
4. Introdurre percorsi innovativi di qualità.
5. Favorire l'integrazione tra le diverse figure professionali nei percorsi assistenziali (in particolare per i malati cronici non autosufficienti).

Destinatari

Possono accedere alle prestazioni previste dal presente documento i cittadini con i seguenti requisiti:

- Residenza nei comuni di Scandicci, Sesto Fiorentino, Calenzano, Campi Bisenzio, Signa, Lastra a Signa, Fiesole e Vaglia.
- Persone di età superiore a 65 anni con valutazione di non autosufficienza da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (d'ora in poi UVM).
- Eccezionalmente, persone di età compresa tra 0 e 65 anni che necessitano di interventi per i quali si richieda una valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale purché in possesso dei requisiti di cui della legge 104/92 con attestazione di Handicap in stato di gravità. Gli interventi richiesti dovranno comunque essere tra quelli ammissibili a rendicontazione sul Fondo per la Non Autosufficienza 0-65 anni.
-

Condizioni di accesso

Per beneficiare degli interventi previsti nel presente progetto sono necessarie le seguenti condizioni:

- Valutazione di non autosufficienza da parte dell'UVM;
- Positività delle verifiche periodiche dell'adeguatezza del Piano di Assistenza Personalizzato da parte del responsabile del PAP "case manager".

Certezze della risposta

Le modalità di erogazione delle prestazioni e la relativa tempistica dovranno essere conformi a quanto previsto dalla L.R. n. 66/2008:

la U.V.M deve presentare alla persona interessata ed ai suoi familiari il PAP, contenente la risposta assistenziale ritenuta più appropriata a quel determinato stato di bisogno, entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'istanza, salvo l'eventuale periodo di sospensione dovuto alla non completezza della documentazione richiesta e fatta salva la possibilità di protrarre il termine massimo per gli inserimenti in strutture protette, compatibilmente con lo scorrimento della lista di attesa.

Il governo dell'accesso e la presa in carico

Il Governo dell'accesso e della presa in carico sono affidati alla Società della Salute della zona Firenze Nord/Ovest .

Il modello organizzativo

I Punti Insieme

L'avvio del procedimento finalizzato all'accesso, agli interventi e ai servizi di cui al presente regolamento avviene tramite i Punto Insieme dislocati sul territorio.

Questi provvedono a:

- ▲ Fornire informazioni e orientamento sui servizi e prestazioni di cui al presente regolamento;
- ▲ Consegnare la modulistica necessaria per la compilazione della domanda;
- ▲ Ritirare la documentazione;
- ▲ Avviare le procedure protocollando la domanda, registrando l'avvio del procedimento e trasmettendo tempestivamente la documentazione al personale amministrativo di supporto all'UVM di riferimento;
- ▲ Attivare i servizi per la somministrazione delle schede di valutazione.

La richiesta di valutazione può essere presentata dal diretto interessato, da familiari o parenti, dal Legale Rappresentante.

Deve essere corredata dalla scheda clinica compilata dal Medico curante e dalla dichiarazione sostitutiva unica ISEE in corso di validità. Non sono ammesse domande di accesso incomplete, salvo deroghe espressamente autorizzate dalla Commissione U.V.M

Composizione Commissione U.V.M

L'Unità di Valutazione Multidimensionale è composta da un nucleo stabile formato da:

- ▲ Responsabile Dirigente Medico ASL
- ▲ Assistente Sociale ASL
- ▲ Infermiere Coordinatore ASL A.I.T.
- ▲ Infermiere ASL A.I.T.

^ Referente Amministrativo ASL

La designazione del Responsabile è fatta dall'Azienda Sanitaria tra le figure professionali appartenenti al nucleo stabile.

La Commissione è integrata dallo specialista Geriatra ASL. e, in rapporto alle necessità, dal medico di medicina generale, dall'assistente sociale referente del caso, da professionalità specialistiche e operatori della riabilitazione.

Prima valutazione a domicilio

La domanda di valutazione, una volta corredata della documentazione necessaria, viene inviata al Punto unico di accesso (PUA) da parte dell'Assistente Sociale di riferimento che provvede anche ad attivare il Servizio Infermieristico.

Quindi congiuntamente si recano dall'utente per la somministrazione delle schede professionali.

Punto unico di accesso (PUA)

Il Punto Unico di Accesso (PUA) ha la funzione di:

- ^ accogliere;
- ^ registrare;
- ^ gestire;
- ^ archiviare

le istanze per la Commissione U.V.M.

Il PUA svolge inoltre attività di controllo e di coordinamento per:

- ^ richieste di attivazione percorsi di Continuità Assistenziale a partenza Territoriale;
- ^ richieste di attivazione percorsi Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio provenienti dagli Ospedali fuori ASL (che non inviano direttamente al Coordinamento Dimissioni Complesse);

che provvede poi ad inoltrare al Coordinamento Dimissioni Complesse, per il reperimento della risorsa appropriata.

Unità di Valutazione Multidimensionale (U.V.M)

La valutazione complessiva delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente è eseguita dalla Unità di Valutazione Multidimensionale che si avvale di una procedura e di schede valutative che prendono a riferimento le condizioni sanitarie, cognitive comportamentali e la situazione socio ambientale e familiare, come previsto dalla delibera R.T. 370/2010.

Alla UVM compete, come previsto dalla L.R. n. 66/2008:

- a) la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente, in applicazione delle procedure valutative previste dal progetto regionale;
- b) l'individuazione dell'indice di iso-gravità del bisogno;

- c) l'eventuale modifica del livello di isogravità nel caso si dovesse riscontrare una discrepanza fra le reali condizioni di salute dell'assistito ed il livello di isogravità attribuito. In questo caso occorre indicare l'entità della modifica e la motivazione, se dovuta alle condizioni sociali o sanitarie;
- d) l'assegnazione delle risorse previste per livello
- e) l'uso responsabile delle risorse disponibili sulla base delle indicazioni del PUA;
- f) la verifica della sussistenza delle condizioni di bisogno per l'attivazione del fondo;
- g) la definizione di un percorso assistenziale domiciliare o di un percorso residenziale, a partire dalle informazioni valutative relative all'area socio ambientale, integrate in sede di discussione e stesura del Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP) con le altre aree di bisogno;
- h) la definizione PAP, con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni sociosanitarie appropriate domiciliari, semiresidenziali e residenziali, dando ad esso immediata eseguibilità, attraverso le opportune autorizzazioni;
- i) la condivisione del PAP con la famiglia ai sensi dell'articolo 11, comma 5, lettera e) della LR 66/2008;
- j) la periodica verifica degli obiettivi del PAP e della appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché le eventuali rivalutazioni previste, tramite il responsabile del PAP.

La procedura valutativa produce 5 diversi livelli di isogravità ai quali corrispondono diversi interventi illustrati e dettagliati di seguito. A conclusione della valutazione, l'Unità di Valutazione Multidimensionale, entro 30 giorni dalla data di presentazione della domanda completa, progetta il percorso assistenziale appropriato denominato Piano Assistenziale Personalizzato (PAP).

Nei casi di isogravità compresa tra 3 e 5 è ammesso l'accesso alle risorse del Fondo per la Non Autosufficienza previste dal presente regolamento; con isogravità 0, 1 e 2, il caso viene riclassificato come caso sociale semplice, ricorrendo all'utilizzo di risorse ordinarie sociali non previste sul Fondo per la Non Autosufficienza.

Piano Assistenziale Personalizzato

Il Piano di Assistenza Personalizzato, elaborato dall'UVM, condiviso e poi sottoscritto dall'assistito, da un familiare, o legale rappresentante, riporta il livello di isogravità e contiene la pianificazione degli interventi progettati (servizi e/o contributi). Il PAP ha una durata massima di un anno ed è rinnovabile con le modalità descritte ai punti successivi.

Il tempo massimo previsto per la decorrenza dell'erogazione delle prestazioni assistenziali previste nel PAP è di 30 giorni dalla presentazione della domanda, che può essere protratto per tempi più lunghi e compatibilmente con lo scorrimento della lista di attesa.

Per ogni Piano di Assistenza Personalizzato è individuato un responsabile del Piano, "Case Manager", che costituisce l'interfaccia con la famiglia e che ha il compito di verificare periodicamente l'effettiva attuazione e l'adeguatezza del PAP.

La sottoscrizione del PAP è da considerarsi come piena accettazione da parte dell'assistito, del familiare o Legale Rappresentante della proposta assistenziale. Non

è prevista alcuna rivalutazione successiva alla firma, fino alla naturale scadenza del progetto, salvo modificazioni della situazione socio-sanitaria, che rendano necessaria una rivalutazione del caso.

Le risorse per la domiciliarità sono assegnate ai cittadini residenti e domiciliati nella zona Nord-Ovest, affinché il case manager possa provvedere alle regolari verifiche dei progetti concordati.

Qualora non sia possibile sottoscrivere l'accordo con l'utente o la famiglia, perché viene richiesto e accettato solo un intervento residenziale, in una logica di assoluta eccezionalità, le risorse previste dal PAP per interventi domiciliari, potranno essere erogate quale contributo per ricovero in RSA. In questo caso non è prevista la corresponsione della quota sanitaria.

Interventi previsti

Area della domiciliarità

Interventi domiciliari:

- △ Contributi di cura (compreso assegno di cura per SLA)
- △ Contributi per assistenti familiari (**ADI, Assistenza Domiciliare Indiretta**)
- △ Contributi per care giver familiare (**Badante**)
- △ Assistenza domiciliare diretta (**SAD**)

Interventi semiresidenziali:

- △ Frequenza Centri Diurni;

Interventi residenziali temporanei (inferiori a 60 giorni):

- △ Ricoveri temporanei;
- △ Ricoveri di sollievo e post acuzie;

Area della residenzialità

Interventi residenziali:

- △ Ricoveri permanenti
- △ Ricoveri permanenti in moduli specialistici, previsti dalla normativa vigente.

I contributi di cura sono destinati a familiari conviventi che si assumono la responsabilità dell'assistenza, firmando il modulo di "impegno assistenziale".

Il contributo ADI è erogato in caso di assunzione di personale privato per un numero di ore settimanali inferiore a 24.

Il contributo badante è erogato in caso di assunzione di personale privato con numero di ore settimanali superiore a 24 e con le caratteristiche previste dalla Delibera di Giunta S.d.S Nord-Ovest n° 7 del 13/02/2009.

Urgenze

Al fine di utilizzare modalità omogenee per l'individuazione delle urgenze, si indicano i seguenti criteri che singolarmente o congiuntamente concorrono a determinare una situazione di **urgenza e che richiede valutazione tempestiva:**

- ^ Situazione sanitaria grave, tale da non poter essere gestita al domicilio neppure con badante o familiari conviventi, sebbene supportati da servizi domiciliari socio-sanitari;
- ^ Assenza di parenti tenuti all'assistenza o persone prive di supporto da parte di una rete familiare, laddove i servizi di supporto alla domiciliarità attivabili (valutata anche la capacità economica della persona mediante ISEE), non siano sufficienti a garantire adeguata assistenza quotidiana;
- ^ Grave e documentata situazione di indigenza, tale da non poter sostenere le spese per l'assistenza necessaria, o situazioni documentate in cui la spesa protratta a sostegno dell'assistenza ha determinato una situazione di non ulteriore sostenibilità;
- ^ Anziani soli, ricoverati in ospedale, o in strutture di Low Care in continuità assistenziale, che necessitano di valutazione per poter pianificare la dimissione.

In questi casi l'UVM deciderà se assegnare con urgenza anche le risorse.

Per anziani soli, già in RSA, la valutazione urgente si propone solo ove ricorrano caratteristiche di urgenza legate all'aspetto economico.

Modalità di accoglimento delle domande Valutazione U.V.M e assegnazione del “PAP” anno 2016

Le domande da sottoporre alla valutazione della Commissione vengono raccolte dal Punto Insieme che coincidono con le sedi del Servizio Sociale Professionale, Gestione Associata S.d.S.

L’A.S. accoglie la domanda in cartaceo, compilata e firmata dall’interessato o dal Legale Rappresentante, solo quando **completa** di:

- ^ Scheda clinica debitamente compilata dal Medico Curante;
- ^ ISEE del nucleo familiare in corso di validità,
- ^ Per adulti e minori è necessario essere in possesso dei requisiti di cui alla Legge 104/92 con attestazione di handicap in stato di gravità;

La procedura da effettuare è la stessa per:

- ^ Nuove domande
- ^ Richiesta di modifica di progetti già assegnati

L’Assistente Sociale provvederà all’invio della domanda al PUA, indicando sulla stessa la data di “invio PUA + AS/INF” (caso complesso) come da procedura informatizzata. Si procede poi con la somministrazione dei test, congiuntamente al Servizio Infermieristico, con le seguenti indicazioni:

a. per gli utenti che sono al proprio domicilio è opportuno avvisare telefonicamente, indicando la data proposta per la somministrazione dei test;

- b.** per gli utenti domiciliati presso RSA, RA, Case di Cura, Case famiglia e centri di Socializzazione è sufficiente recarsi in struttura, chiedendo autorizzazione ai responsabili o agli operatori;
- c.** per gli utenti domiciliati o ospiti fuori Zona Fiorentina Nord-Ovest i test sanitari sono di norma inviati alla Commissione UVM tramite fax al numero 055 6930318, oppure via e-mail al seguente indirizzo uvm.nordovest@asf.toscana.it, che provvederà ad inoltrare ai presidi di riferimento;
- d.** per le situazioni di urgenza segnalate dai servizi i test sanitari vengono effettuati dal personale infermieristico del PUA/U.V.M.

Gli utenti che intendono attivare il percorso per il contributo SLA possono presentare la domanda e la documentazione sanitaria, come previsto dalla Delibera GRT n. 721 del 03/08/2009, inoltrando, se lo desiderano, anche la domanda sul percorso per la Non Autosufficienza. L'U.V.M. valuterà la situazione e assegnerà il percorso più idoneo:

- ^ se ci sono i requisiti, attivazione dell'assegno di cura come da percorso aziendale per la SLA;
- ^ in alternativa, un progetto assistenziale in base all'ISOGRAVITA'.

Una volta che la domanda è completata con i test infermieristici e sociali ed eventuale documentazione socio-sanitaria aggiuntiva, verrà inviata al PUA che apporrà la data che sarà considerata quella di "arrivo" della domanda stessa, e verrà inserita in lista per la valutazione in U.V.M. Le urgenze saranno esaminate nella prima data utile.

Se l'interessato, il legale rappresentante o i familiari lo richiedono per iscritto, possono presenziare alla seduta della Commissione per l'assegnazione/sottoscrizione del PAP; in questi casi la Commissione U.V.M., una volta valutate le schede e la proposta di progetto secondo l'ordine d'arrivo, determinata l'ISOGRAVITA' ed ipotizzato il PAP, inviterà i familiari appena possibile per la sottoscrizione del progetto e la consegna di una copia.

Modifiche di progetti assistenziali già attivati:

Per le modifiche dei progetti assistenziali, richieste dagli assistiti, da loro familiari, o dal Legale Rappresentante, la procedura di avvio è analoga a quella di presentazione della prima istanza.

Dopo la valutazione l'U.V.M. provvederà ad inviare:

- ^ **all'interessato** una comunicazione di avvenuta valutazione con l'indicazione di prendere contatto con il Servizio Sociale di riferimento entro 30 giorni per la presa visione dell'esito della valutazione e la sottoscrizione del PAP;
- ^ **al case manager** l'originale della scheda di sottoscrizione del PAP di sintesi da illustrare e far sottoscrivere agli interessati.

L'originale delle scheda PAP sottoscritta dovrà essere restituita all'U.V.M., una copia consegnata agli interessati e una copia conservata in cartella. L'U.V.M./PUA

provvederà ad archiviare l'originale con la documentazione conservata dalla Commissione.

Nel caso in cui il PAP non venga accettato e sottoscritto dall'interessato/familiare/legale rappresentante, all'U.V.M dovrà essere restituita la scheda originale riportante la motivazione della mancata sottoscrizione (Modulo non accettazione già predisposto).

L'UVM deciderà se archiviare la pratica o rivedere la situazione.

Qualora la Commissione abbia dubbi o perplessità sull'appropriatezza della proposta di progetto o sul livello di isogratità si riserva di sospendere la valutazione per gli opportuni approfondimenti (convocazione per visita ambulatoriale, visita in RSA o al domicilio, acquisizione di ulteriore documentazione sanitaria), dandone comunicazione al richiedente o al case manager, che provvederà ad avvisare l'assistito.

Tutti i progetti approvati in U.V.M sono soggetti a rivalutazione per conferma o revisione del PAP e verifica della compatibilità con il budget che di anno in anno viene assegnato alla zona.

Nel caso si verifichi una modifica della situazione sanitaria, occorre presentare una nuova domanda, allegando una nuova scheda 1 del MMG; devono quindi essere somministrati nuovamente i test sanitari per VGA e duplicate le schede sociali con invio al PUA insieme ad una nuova proposta di progetto.

Per le richieste di rivalutazione sanitaria prima che sia trascorso un anno dal precedente PAP, è inoltre **necessario** integrare la domanda con documentazione medica che attesti una recente modifica dello stato di salute del paziente con un quadro clinico che predispone appunto ad una rivalutazione.

Qualora ci sia una modifica della situazione sociale è necessario altresì ripresentare la domanda firmata dall'utente, chiedere la duplicazione nell'applicativo informatico delle schede sanitarie, inserire le schede sociali aggiornate ed inviare la segnalazione al PUA, con adeguata motivazione per la revisione del progetto.

Rivalutazione periodica

I progetti attivi sono rinnovati con cadenza semestrale e rivisti annualmente dalla Commissione UVM, su proposta dell'Assistente sociale "Case Manager" e in accordo con il Responsabile Amministrativo. A tal fine all'UVM occorre:

- ^ invio e data di segnalazione al PUA
- ^ proposta dell'assistente sociale di conferma del progetto
- ^ Isee in corso di validità
- ^ duplicazione schede sociali
- ^ duplicazione schede sanitarie (elaborata in UVM).

Ogni nuovo PAP proposto e condiviso dall'UVM **sostituisce integralmente** i progetti precedentemente approvati a favore del beneficiario.

Si ricorda che le risorse del Fondo **non sono** destinate al finanziamento di:

- △ Inserimento in Centri Diurni educativi e/o di socializzazione;
- △ Percorsi in comunità terapeutiche
- △ Interventi integrativi al reddito del nucleo familiare con problematiche economiche;
- △ Rimborsi per interventi educativi, riabilitativi (es. ippoterapia, logopedia, psicomotricità) e terapie farmacologiche non convenzionali;
- △ Prestazioni per cui è previsto un finanziamento sulla base di specifiche normative o progetti finalizzati (Vita Indipendente, HCP ecc...)

Percorsi di continuita' assistenziale “non riabilitativi” a partenza territoriale

Il percorso di continuità assistenziale Territorio-Ospedale gestito dal PUA/UVM e inviato al Coordinamento Dimissioni Complesse, è rivolto a tutte quelle persone che si trovano al loro domicilio e che hanno un bisogno sanitario che non necessita di un ricovero in Ospedale per acuti, ma di un'assistenza continuativa in una struttura di Low Care i cui settings assistenziali sono:

- Lungodegenza (assistenza medica sulle 24 ore)
- Cure Intermedie (assistenza medica sulle 12 ore e infermieristica sulle 24 ore).

L'attivazione di questi percorsi è a carico del Medico di Medicina generale che deve compilare la scheda clinica di sua esclusiva competenza, richiedere la compilazione della scheda infermieristica e, se necessario, della scheda sociale ai servizi competenti.

Il Medico di Medicina generale una volta raccolte tutte le schede debitamente compilate le dovrà inviare direttamente o tramite il Medico ASC, al PUA/UVM che provvederà a controllare il contenuto, coordinare l'inserimento nel programma ed inviare al Coordinamento Dimissioni Complesse (CDC) che reperirà la risorsa necessaria.

Una volta individuata la disponibilità nel percorso appropriato il PUA/UVM provvederà ad informare la persona e/o i familiari e qualora lo abbia richiesto anche il medico di Medicina Generale.

Percorsi “riabilitativi” ex Art. 26

L'attivazione di un percorso riabilitativo dal territorio può essere fatto con due modalità:

L'utente con la richiesta del MMG prenota presso gli ambulatori della ASL una visita medico specialistica competente per branca.

Lo specialista se rileva la necessità di un percorso di riabilitazione (ex. Art. 26) rilascerà un piano terapeutico personalizzato, con il quale l'utente potrà rivolgersi ad una struttura riabilitativa

2 L'utente si rivolge direttamente alla struttura riabilitativa convenzionata scelta, dove gli verrà formulato un piano terapeutico personalizzato. In questo caso l'utente dovrà farlo validare dallo specialista Fisiatrico della ASL tramite prenotazione ambulatoriale.

