

**PROTOCOLLO D'INTESA PER LA COSTITUZIONE E LA
REGOLAMENTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO DEL CENTRO PER
L'ASSISTENZA DOMICILIARE IN ATTUAZIONE DELLA DGR
LOMBARDIA VIII/10759 DEL 11 dicembre 2009**

L'anno duemiladieci, il giorno 28 del mese di Febbraio 2010 a Monza presso la Direzione Generale dell'ASL della Provincia di Monza e Brianza

TRA

l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Monza e Brianza - in seguito denominata ASLMB - e per essa il Direttore Generale Dott..Pietrogino Pezzano

E

L'Ambito Territoriale di Carate Brianza e per esso il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci dott. Riva Alcide

VISTA la Legge regionale 12 marzo 2008, n. 3 recante le norme sul "Governo della rete degli interventi e dei servizi alla persona in ambito sociale e sociosanitario",

RICHIAMATA in particolare la norma dell'art. 2 della Legge regionale 12 marzo 2008, n. 3, nella parte in cui individua tra i principi e gli obiettivi che governano la rete delle unità d'offerta sociali e sociosanitarie, i seguenti:

- la personalizzazione delle prestazioni, ai fini di una effettiva e globale presa in carico della persona;
- la promozione degli interventi a favore dei soggetti in difficoltà, anche al fine di favorire la permanenza e il reinserimento nel proprio ambiente familiare e sociale;
- l'integrazione delle politiche sociali e sociosanitarie con le politiche sanitarie e di settore.

RICHIAMATA altresì la norma di cui al comma 4 dell'art. 6 della LR 3/2008 che prevede che i comuni, in forma singola e associata, d'intesa con l'ASL, organizzano un'attività di segretariato sociale finalizzata alla presa in carico della persona con lo scopo di:

- facilitare e garantire l'unitarietà d'accesso alla rete delle unità di offerta;
- orientare il cittadino all'interno della rete e fornire informazioni sulle modalità di accesso e sui relativi costi;
- assicurare competenza nell'ascolto e nella valutazione dei bisogni, in particolare modo per le situazioni complesse, affinchè sia assicurata la presa in carico della persona secondo criteri di integrazione e continuità dell'assistenza;

VISTA la norma di cui al comma 3 dell'art 20 della l.r. 3/2008 che attribuisce alla Regione il potere di promuovere la sperimentazione di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociosanitaria;

VISTA la competenza dei Comuni di cui all'art. 13 della l.r. 3/2008 in ordine alla promozione di nuovi modelli gestionali nell'ambito della rete sociale;

CONSIDERATO il ruolo di collaborazione esercitato dall'ASL, con la Regione ed i Comuni, nella gestione dei flussi informativi a supporto dell'attività di programmazione comunale e regionale in ambito sociale e la conoscenza che, da tale ruolo, deriva all'ASL dei dati, declinati per target di fragilità, sui volumi economici programmati dagli Ambiti territoriali per il livello di assistenza (denaro/o servizi) sociale domiciliare;

VISTO il DPEFR, approvato con dcr 870 del 29 luglio 2009, che prevede:

- Il forte coinvolgimento delle ASL e dei Comuni che, in modo integrato, dovranno collaborare per assicurare sul territorio l'integrazione delle politiche sociali con quelle sociosanitarie, delle informazioni e delle prestazioni al fine di assicurare la continuità dell'assistenza;
- L'integrazione delle prestazioni domiciliari sociosanitarie e sociali attraverso la sperimentazione di uno strumento condiviso che semplifichi le modalità d'accesso e di fruizione delle prestazioni da parte delle famiglie;

VISTA la DGR VIII/8243 del 22 ottobre 2008 in cui si prevede la costituzione di punti unici di accesso alle prestazioni e ai servizi con particolare riferimento alla condizione di non autosufficienza, attraverso l'attivazione di progetti di integrazione tra sistema sociosanitario e socio assistenziale da parte delle ASL in accordo con gli ambiti distrettuali;

CONSIDERATO che anche l'Asl MB, in attuazione della DGR sopra richiamata e in accordo con gli Ambiti territoriali, ha provveduto ad approvare e ad inviare in Regione progetti di implementazione di Punti Unici di accesso (PUA) da realizzare in modo integrato con l'attivazione dei "Piani di assistenza integrati";

ATTESO, in particolare, che per l'attuazione del progetto riferito al punto unico d'accesso, come definito dalla DGR VIII/8243 del 22 ottobre 2008 sopra richiamata, l'Asl MB ha avviato, in accordo con gli Ambiti territoriali, il processo di informatizzazione dell'ADI e di progressiva messa in rete delle banche dati correlate ai servizi offerti dalla rete di assistenza e di cura domiciliare, residenziale e semiresidenziale in ambito socio sanitario e sociale;

RICHIAMATA la DGR Lombardia VIII/9152 del 30/03/2009 di assegnazione, anche per il 2008, delle risorse destinate all'attuazione dei progetti di cui al punto precedente del presente protocollo;

VISTA la DGR Lombardia VIII/10759 del 11 dicembre 2009 avente per oggetto Determinazioni in ordine alla realizzazione del "Centro per l'Assistenza Domiciliare" – di seguito denominato CeAD - nelle Aziende Sanitarie Locali e l'allegato A) alla

medesima DGR recante indicazioni operative per la costituzione del CeAD;

CONSIDERATO che la realizzazione del CeAD e le relative funzioni sono state condivise da Regione Lombardia con ANCI Lombardia e con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative;

ATTESO che il punto n. 1 del dispositivo della DGR Lombardia VIII/10759 del 11 dicembre 2009 richiede l'attivazione entro il 31 dicembre 2009 del CeAD – quale strumento per coordinare l'impiego di tutte le risorse e tutti gli interventi sociosanitari e sociali in ambito domiciliare;

VALUTATO che l'Ambito Distrettuale di Carate Brianza ritiene che l'obiettivo della costituzione del CeAD, come definito al punto precedente del presente protocollo, vada pienamente ad integrarsi con quelli che ha già assegnato all'Area Servizi alla Persona, qualificandosi come modello organizzativo funzionale a garantire le seguenti finalità di sistema:

- garanzia alle fasce di fragilità tipiche dell'anziano non autosufficiente anche in situazione di disabilità dell'accesso facilitato alle prestazioni sanitarie e a quelle sociali
- definizione di un progetto individuale e unitario di prestazioni in modo da rendere le stesse più efficienti ed efficaci;

ATTESO che, in attuazione a quanto previsto dal punto n. 3 del dispositivo della DGR Lombardia VIII/10759 del 11 dicembre 2009, al fine della costituzione del "Centro per l'Assistenza Domiciliare" secondo modalità e strategie più adeguate al contesto territoriale di riferimento, occorre procedere alla stipula di un protocollo d'intesa con il Comune capofila di ciascun Ambito territoriale;

Sentito il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci dell'ASL di Monza e Brianza nella seduta del 14 dicembre 2009 che ha espresso piena condivisione del progetto e delle finalità;

Sentita l'Assemblea dell'Ambito Distrettuale di Carate Brianza nella seduta del 25 febbraio 2010 che ha espresso piena condivisione del progetto e delle finalità che ne costituiscono il fondamento;

SI STIPULA

il presente Protocollo D'INTESA regolato dalle norme di cui agli articoli di seguito riportati:

ART. I OGGETTO DELL'INTESA

Oggetto del presente protocollo di intesa è l'istituzione del CeAD, quale servizio competente a rispondere alla domanda di assistenza e di cura domiciliare espressa principalmente dagli anziani e dai disabili non autosufficienti portatori di bisogni sanitari, sociosanitari e socio assistenziali complessi, residenti o domiciliati sul territorio dei comuni dell'ambito di Carate Brianza.

Il CeAD assicura l'esercizio delle funzioni di cui alla lettera b) dell'Allegato A) alla DGR Lombardia VIII/10759 del 11/12/2009, come di seguito richiamate:

- raccoglie le richieste sia dei diretti interessati/famiglie sia le segnalazioni dai servizi presenti sul territorio (medici di base, specialisti, assistenti sociali, servizi di prossimità, call center, ecc.);
- dispone, coordina e verifica, a supporto ed in accordo con la famiglia, l'attivazione del Servizio Assistenza Domiciliare (SAD), l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'erogazione di voucher sociale e sociosanitario, buono sociale, assistente familiare, Centro Diurno Integrato (CDI), erogazione dei presidi e ausili, realizzando pacchetti integrati personalizzati di prestazioni;
- compila ed aggiorna il Piano Assistenziale Individuale (PAI) relativamente ai pacchetti personalizzati di prestazioni domiciliari;
- orienta l'eventuale scelta del tipo di struttura (sia essa residenziale o no) e si coordina con la "Struttura intermedia" per gestione di casi complessi che non hanno immediata soluzione (dimissioni ospedaliere, aggravamenti a domicilio, ecc.);
- si interfaccia con le strutture sanitarie per facilitare i percorsi necessari alla diagnosi e terapia anche in ambito specialistico e con la struttura dell'ASL di riferimento per la non autosufficienza e la fragilità;
- promuove l'attivazione degli interventi complementari a sostegno della domiciliarità: servizi di prossimità quali, ad esempio, Custode sociosanitario, servizi di supporto all'anziano e alla famiglia per la gestione delle procedure e delle pratiche amministrative (es.: versamenti e adempimenti gestione assistente familiare, imposte).

Le funzioni elencate al comma precedente vengono assicurate nel rispetto dei seguenti obiettivi e principi:

- l'informazione integrata sulle prestazioni erogabili dal sistema di assistenza e di cura domiciliare, sulle modalità e i relativi tempi di accesso;
- l'attivazione dei servizi e delle prestazioni di assistenza e di cura domiciliare in esito ad una lettura competente dei bisogni rappresentati, dando costantemente attuazione a livello operativo ai fondamentali principi della personalizzazione, dell'integrazione e dell'appropriatezza nella definizione della risposta assistenziale;
- la risposta al bisogno entro tempi certi e che garantiscano l'efficacia e l'efficienza

degli interventi, evitando percorsi complicati, suscettibili di condurre a fenomeni ospedalizzazione impropria;

- funzioni di osservatorio e di monitoraggio sulla domanda di cura e di assistenza domiciliare rivolta al servizio;
- in attuazione del principio di sussidiarietà, la promozione e il coinvolgimento attivo dei cittadini, del volontariato e di tutta la comunità, perseguito la costruzione di partnership e di reti per la progettazione e la realizzazione di percorsi assistenziali di prossimità;

Data la natura sperimentale del presente protocollo ed in attesa di indicazioni e linee guida specifiche da parte di Regione Lombardia, il CeAD applica i criteri e i regolamenti di erogazione delle prestazioni e dei servizi adottati, ciascuno per gli ambiti di propria competenza, dall'ASL e delle singole Amministrazioni Comunali

ART. 2 OBIETTIVI COMUNI

Obiettivi comuni del presente Protocollo sono:

- assicurare principalmente, in linea con gli orientamenti espressi dal PDZ di Carate Brianza, la valutazione e la presa in carico unitaria delle persone anziane e con disabilità affette da problemi sociosanitari e socio-assistenziali complessi, fornendo risposte multiple (di tipo sanitario come prestazioni infermieristiche, mediche, riabilitative ecc.; di tipo sociosanitario come ADI, cure palliative domiciliari, residenza diurna o a tempo pieno, SAD, pasti caldi, ADH, caregiver familiare, telesoccorso...).
- integrare le banche dati a disposizione dei soggetti della rete impegnata nella cura e nell'assistenza ai soggetti di cui al punto precedente del presente atto;
- personalizzare la risposta al bisogno rappresentato, privilegiando la definizione di piani assistenziali individualizzati e integrati; volti ad evitare l'ospedalizzazione impropria e a ritardare l'istituzionalizzazione del soggetto fragile cercando di mantenerlo nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile;
- prevedere l'attivazione di una rete complessa e diversificata di prestazioni in ambito distrettuale anche attraverso il coinvolgimento del volontariato e del privato sociale;
- in attuazione e a quanto stabilito al punto B) dell'Allegato A) alla DGR Lombardia per la costituzione del CeAD, perseguiti l'obiettivo della regolazione dell'accesso ai servizi sociali attraverso l'impiego dell'ISEE o analoghi indicatori per l'accesso e la partecipazione al costo delle prestazioni con criteri validi per tutti i comuni dell'Ambito;

ART. 3

METODOLOGIA, RISORSE UMANE E STRUMENTI ORGANIZZATIVI INTEGRATI PER L' ATTIVAZIONE DEL PUA E LA PREDISPOSIZIONE DEI PAI INTEGRATO

Nella fase di avvio del servizio, l'ASL e l'Ambito mettono a disposizione tutto il personale necessario, nelle diverse figure professionali utili alla gestione delle seguenti funzioni :

- accoglimento della domanda
- definizione del PAI Integrato
- attivazione degli interventi previsti

Sulla base della sperimentazione sarà congiuntamente approvato il funzionigramma definitivo del servizio CeAD.

Al fine dell'esercizio della funzione di coordinamento delle risorse, umane, strumentali ed economiche, nel CeAD saranno individuati un responsabile espresso dell'ASL e di un responsabile espresso dall'Ambito.

In ciascun CeAd verrà costruita e messa a disposizione la Banca dati della Fragilità che sarà il frutto dell'integrazione progressiva delle Banche Dati interne all'ASL, le banche dati dei Comuni singoli o associati, in conformità a quanto previsto da i progetti elaborati in attuazione della DGR Lombardia VIII/ 8243 del 2008.

In fase successiva la banca della fragilità del CeAD sarà integrata dai flussi degli erogatori di servizi socio-assistenziali e sociosanitari che progressivamente si interfacceranno con il sistema informativo interaziendale.

Il CeAD attraverso la propria organizzazione funzionale agli obiettivi definiti si articola in modo da assicurare l'accoglienza, l'informazione, il filtro, il coordinamento e la verifica delle richieste, nonché la predisposizione del PAI integrato per le categorie sopradescritte, in modo da:

1. recepire ed istruire le richieste ricevute, entro i termini previsti dai vigenti regolamenti;
2. individuare e definire, attraverso la valutazione sanitaria e sociale e la compilazione di una cartella congiunta, i bisogni sanitari, socio sanitari e sociali dei richiedenti, indicando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando — ove possibile — il mantenimento al domicilio dei soggetti fragili.
3. definire l'eventuale quota sociale di compartecipazione a carico dell'anziano, in base alla situazione reddituale personale dichiarata, ed ai sensi del regolamento approvato dagli Enti Gestori;
4. verificare, almeno bimestralmente, l'attuazione degli impegni previsti nel progetto individuale (anche mediante l'esame della relativa documentazione), il mantenimento delle condizioni di erogazione delle prestazioni e procedere, eventualmente, alla revisione del PAI Integrato.
5. orientare l'eventuale scelta del tipo di struttura (sia residenziale o no) e si coordina

- per la gestione dei casi complessi che non hanno immediata soluzione (dimissioni ospedaliere, aggravamenti a domicilio, etc);
6. garantire l'interfaccia con le strutture sanitarie per facilitare i percorsi necessari alla diagnosi e terapia anche in ambito specialistico e con la struttura dell'ASL di riferimento per la non autosufficienza e la fragilità;
 7. promuovere l'attivazione degli interventi complementari a sostegno della domiciliarità.

Onde poter verificare l'efficacia dell'intervento e valutare la soddisfazione rispetto all'accoglienza, all'orientamento ed alla presa in carico laddove intervenuta, saranno adottati idonei strumenti quali questionari di valutazione da compilarsi a cura di utenti e/o familiari, indicatori relativi al servizio, ...

L'ASL si impegna a prevedere l'accesso del personale comunale sopradescritto al software gestionale relativo alla cartella unica utente e ai dati strettamente necessari alla coprogettazione del PAI integrato per assistito.

L'Asl mette a disposizione idonei spazi attrezzati da individuarsi presso la sede del Distretto Socio Sanitario di Carate Brianza necessari per l'attivazione del CeAD.

L'attuazione, il coordinamento e il monitoraggio delle funzioni esercitate dal CeAD in attuazione dell'art. 1 della presente intesa, è garantito:

1. per l'Asl, a livello centrale, dal Direttore del servizio FAD dell'Asl;
2. per l'Ambito Distrettuale di Carate Brianza dal Direttore dell'Ufficio di Piano;

L' ASL "MB" – e l'Ambito Distrettuale di Carate Brianza si impegnano a mettere a disposizione il personale necessario a far fronte alle richieste derivanti dall'applicazione del presente protocollo d'intesa.

ART. 4

IL BUDGET SOCIOSANITARIO E IL BUDGET SOCIALE PER I SERVIZI DOMICILIARI

Responsabili distrettuali del CeAD assicurano, in applicazione delle direttive impartite dai rispettivi livelli centrali, il governo del budget stabilito per il sistema di cura e assistenza domiciliare integrata.

Il governo del budget a livello distrettuale è informato al principio del coordinamento delle risorse, alla logica della programmazione della spesa e dell'integrazione degli interventi.

Nell'ambito delle realtà distrettuali in cui l'Accordo dei comuni sul budget per

l'assistenza domiciliare non sia ancora intervenuto i responsabili del CeAD si coordinano con i soggetti titolati a regolare l'uso delle risorse comunali per l'attivazione dei percorsi assistenziali garantendo:

- 1) la certezza dei tempi di erogazione;
- 2) l'omogeneità delle risposte al bisogno;
- 3) il raccordo delle procedure di voucherizzazione ASSI e sociale e/o delle gestioni dirette attivate nei singoli comuni dell'Ambito;

ART. 5

DECORRENZA DELL'INTESA

L'ampia fascia di popolazione che sarà coinvolta, nella fase sperimentale impone al CeAD di procedere gradualmente ipotizzando quale punto di partenza i soggetti particolarmente "fragili".

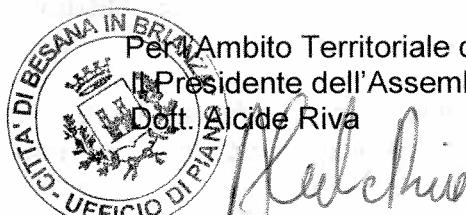
L'attivazione di quanto oggetto del presente accordo è prevista, in via sperimentale, a partire dal 1.3.2010 e, tenuto inoltre conto anche della sperimentazione in essere negli ambiti di Desio, Monza e Seregno, che prevede varie fasi che si concluderanno entro marzo 2011, avrà successivi momenti di rivalutazione, ed in particolare almeno in due momenti condivisi il primo entro giugno e l'altro entro dicembre 2010.

ART. 6

MONITORAGGIO DELL'APPLICAZIONE DEL PRESENTE PROTOCOLLO

L'Azienda Sanitaria ASL "MB", l'Ambito Distrettuale di Carate Brianza e l'Ufficio di piano di Carate Brianza si impegnano ad assicurare il monitoraggio dell'applicazione del presente accordo nell'arco temporale dal 1 Marzo 2010 al 28 febbraio 2011 raccogliendo - attraverso le rispettive strutture - i dati necessari per la costruzione di indicatori utili alla fase di implementazione della sperimentazione e utilizzando anche le evidenze che deriveranno dalla sperimentazione aziendale nei distretti di Desio, Monza e Seregno.

Per la ASL di Monza e Brianza
Il Direttore Generale
Dott. Pietrogino Pezzano



Per l'Ambito Territoriale di Carate Brianza
Il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci
Dott. Alcide Riva