

REGOLAMENTO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI AREA NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ

PREMESSA

In Toscana con un iter legislativo iniziato nel 2014 è stata riordinata la normativa del settore sociosanitario rendendola completamente compatibile con l'esercizio delle funzioni fondamentali comunali, al fine di strutturare un sistema compiuto per l'integrazione su base zonale attraverso, per quanto riguarda la Zona Distretto Livornese, la Convenzione Sociosanitaria.

La zona-distretto di fatto costituisce:

- sia il livello organizzativo (direzionale, professionale e tecnico-amministrativo) deputato alla costruzione, alla gestione e al controllo dei sistemi di servizi territoriali;
- sia l'ambito territoriale di riferimento per la costruzione delle reti afferenti alle materie della sanità territoriale, del sociosanitario e dell'integrazione.

La L.R. 40/2005 dispone che ogni zona possa scegliere tra due diversi modelli organizzativi: la Società della salute oppure la convenzione sociosanitaria, (prevista laddove sia presente la conferenza zonale integrata e che definisce le modalità organizzative per i processi di programmazione e di partecipazione, l'integrazione sociosanitaria, il coordinamento interprofessionale e i percorsi assistenziali integrati, la realizzazione di servizi sociosanitari e sociali integrati).

Nell'ambito della Conferenza zonale, è necessario che le amministrazioni locali attivino uno dei due strumenti. La Zona Distretto Livornese ha scelto il modello organizzativo della Convenzione Socio-sanitaria, da ultimo approvata dalla Conferenza dei Sindaci Integrata con Deliberazione n. 3 del 29.03.2022 e sottoscritta in data 29.11.2022, e successivi allegati attuativi correlati.

Alla luce di quanto sopra, i percorsi integrati socio sanitari si realizzano attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti le prestazioni socio sanitarie.

Nel regolamento per l'accesso ai servizi sono delineate le procedure operative per l'attuazione del percorso integrato e per l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie .

Con la DGR n. 573/2017 Regione Toscana ha avviato un percorso fortemente innovativo con l'obiettivo di attivare i processi di programmazione operativa in tutti gli ambiti zonali.

Le materie oggetto di programmazione sono state definite sia in relazione al nuovo ruolo giocato dalle zone-distretto all'interno delle tre aziende sanitarie, sia in relazione alla definizione della

stessa zona-distretto come l'ambito ottimale in cui viene sviluppata e coordinata la programmazione relativa alla funzione fondamentale sociale di competenza comunale.

La programmazione è stata articolata in cinque aree:

- Sanità territoriale
- Sociosanitario
- Socioassistenziale
- Promozione della salute
- Azioni di contrasto alla violenza di genere.

Nel 2018, Regione Toscana quindi ha avviato con gli ambiti zonal – attraverso la DGR n. 1076/2018 – un nuovo ciclo di programmazione operativa per l'annualità 2019, apportando alcuni elementi (che si auspicavano, e tali si sono rilevati) di miglioramento del processo di programmazione territoriale integrata.

La successiva DGR n. 269/2019 “Governance delle reti territoriali”, è destinata poi ad influenzare ulteriormente questo processo, fornendo delle indicazioni molto precise rispetto al ruolo e alle competenze dell'Ufficio di Piano e rispetto al budget integrato di zona, modalità condivisa ed omogenea per la rappresentazione delle risorse del SSR che le Aziende sanitarie e la Regione impegnano a vario titolo sul livello zonale, che utilizza come riferimento il linguaggio della programmazione definito dal relativo nomenclatore.

Proprio il tema della ricostruzione dei budget integrati di zona resta uno dei percorsi di lavoro maggiormente sfidanti per gli Uffici di Piano, che nella programmazione dal 2019 al 2022 hanno fatto emergere un miglioramento rispetto alla ricostruzione delle fonti di finanziamento e all'assegnazione delle risorse, soprattutto, per l'area socio-sanitaria.

Pensare la programmazione territoriale in termini di integrazione (delle politiche, degli attori, del territorio) significa dotarsi anche di strumenti normativi adeguati, di strumenti che esplicitino una condivisione di intenti, finalità e percorsi.

Il Piano regionale per la Non Autosufficienza 2019-2021, approvato con DGR n. 618 del 18 maggio 2020 e aggiornato con DGR n. 540/2021, prevede la revisione e l'omogeneizzazione dei Regolamenti zonal di accesso ai servizi sociosanitari per arrivare a stabilire, a livello regionale, regole ed elementi essenziali e imprescindibili, sulla base delle disposizioni vigenti nazionali e regionali, con l'obiettivo di garantire in maniera uniforme al cittadino la presa in carico e l'erogazione della prestazione socio-sanitaria appropriata.

I percorsi per la presa in carico delle persone anziane non autosufficienti e delle persone con disabilità, sono caratterizzati da principi e modelli organizzativi comuni, stabiliti dalla l.r. 66/2008 “Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza”, con la quale vengono fissati i capisaldi del percorso di presa in carico della persona non autosufficiente, con disabilità e anziana.

CRITERI GENERALI

PRINCIPI ED OBIETTIVI – FINALITA' E CAMPO DI APPLICAZIONE

Norme generali

A) Principi e valori ispiratori

Il presente regolamento si ispira ai principi generali contenuti nella normativa di settore e nella programmazione regionale e agli indirizzi definiti nella programmazione zonale condivisi con la comunità locale.

Il sistema integrato:

- a) ha carattere di universalità;
- b) promuove l'attuazione dei diritti di cittadinanza sociale e delle responsabilità dei soggetti istituzionali e sociali per la costruzione di una comunità solidale;
- c) promuove l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale, favorendo l'autonoma iniziativa dei cittadini singoli o associati;
- d) valorizza l'autonomia delle comunità locali, tutelando i comuni minori e i territori montani.

Il sistema socio-assistenziale e socio-sanitario si uniformano ai principi del pieno e inviolabile rispetto della libertà e dignità della persona e dell'inderogabile dovere di solidarietà sociale, garantendo:

- a) il rispetto dei diritti inviolabili della persona, con riferimento anche alle esigenze di riservatezza delle informazioni che riguardano la sua condizione, nel rispetto della libera scelta dell'individuo, come definito dalla normativa vigente in tema di privacy;
- b) l'uguaglianza di opportunità a condizioni e stati di bisogno differenti;
- c) l'uguaglianza di opportunità tra uomo e donna nella valorizzazione della differenza di genere in tutte le espressioni della società;
- d) la valorizzazione delle capacità e delle risorse della persona;
- e) il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e di lavoro, considerando il ricorso a interventi di istituzionalizzazione come misure di emergenza ed eccezionalità;
- f) la libertà di scelta tra le prestazioni erogabili;
- g) la conoscenza dei percorsi assistenziali, delle procedure e l'informazione sui servizi disponibili;
- h) l'accesso e la fruibilità delle prestazioni in tempi che siano compatibili con i bisogni;
- i) l'individuazione della persona come protagonista e soggetto attivo nell'ambito dei principi di solidarietà, di partecipazione, di auto-organizzazione, di attività promozionali;
- j) il miglioramento della qualità, della quantità e dell'appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone disabili e anziane, nonché la prevenzione delle situazioni di fragilità e di non autosufficienza

B) Livelli di Assistenza

L'assistenza socio-sanitaria comprende le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale, a sviluppare le autonomie e l'inclusione e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale.

Per il raggiungimento di questi obiettivi, sono definiti specifici percorsi assistenziali che prevedono prestazioni di natura sanitaria, erogate da operatori sanitari e sociosanitari per la cura e la riabilitazione di condizioni patologiche, e prestazioni di natura socio assistenziale per sostenere nella vita quotidiana la persona con problemi di disabilità, di disagio economico o di emarginazione che condizionano lo stato di salute.

Il DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie" definisce l'assistenza sociosanitaria come quell'attività *"prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali"* e distingue il sociosanitario in tre tipologie di prestazioni/attività, come da tabella sottoriportata.

Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale	Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria	Prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria
prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Dette prestazioni, di competenza delle Aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali o semiresidenziali	attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi e si esplicano attraverso interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e responsabilità familiari; interventi per contrastare la povertà; interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti ; interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio; interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza; ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a	art. 3-septies, comma 4 del decreto legislativo n. 502 del 1992 ss.mm.ii. - prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative. Attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle Aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno sociosanitario inerenti le

L'assistenza sociosanitaria comprende le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute del cittadino, anche nel lungo periodo, a stabilizzare il quadro clinico, a garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, a limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona, associando alle prestazioni sanitarie anche azioni di supporto e di protezione sociale.

Nel DPCM LEA (DPCM 12 gennaio 2017) vengono indicate non solo le categorie di cittadini a cui è garantita l'assistenza sociosanitaria ma vengono descritti anche gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, centro diurno, residenza) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali.

Le categorie di cittadini sono:

- malati cronici non autosufficienti (incluse le demenze)
- malati in fine vita
- persone con disturbi mentali
- minori con disturbi in ambito psichiatrico e del neurosviluppo

- persone con dipendenze patologiche
- persone con disabilità.

A seconda delle specifiche condizioni della persona, della gravità e della modificabilità delle sue condizioni, della severità dei sintomi, ecc. le prestazioni potranno essere erogate in forma intensiva o estensiva, oppure mirare al semplice mantenimento dello stato di salute della persona e delle sue capacità funzionali.

Il Servizio sanitario deve garantire la continuità della presa in carico del paziente tra le fasi dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale.

Per ogni specifico regime assistenziale di cura (domiciliare, semiresidenziale o residenziale) il DPCM riporta le quote a carico del sanitario e del sociale.

La valutazione della situazione economica non deve costituire criterio selettivo per l'accesso ai servizi domiciliari erogati in forma diretta, semi residenziali e residenziali, che si basa sul principio di universalità; di conseguenza non deve considerarsi come preclusiva dell'accesso, la mancata presentazione dell' ISEE, che comporta, eventualmente, soltanto il pagamento dell'intera retta o tariffa annualmente definite.

Percorsi assistenziali integrati

L'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale garantisca percorsi assistenziali integrati alle persone con bisogni complessi (minori, donne, coppie e famiglie, persone non autosufficienti con patologie croniche, disabili, minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, persone con disturbi mentali, persone con dipendenza patologica), ovvero a quelle persone che necessitano di prestazioni sia sanitarie sia sociali, per migliorare o mantenere il proprio stato di salute.

Il percorso assistenziale integrato si deve articolare nelle seguenti fasi:

- l'accesso unitario ai servizi sanitari (ASL) e sociali (Comuni), con sportelli o servizi dedicati ai quali rivolgersi per presentare la propria richiesta di assistenza e avere le specifiche informazioni sulle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali;
- la valutazione multidimensionale della persona, vale a dire l'individuazione dei suoi bisogni, sotto il profilo clinico (bisogni sanitari), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici) è effettuata dalla unità di valutazione multidimensionale, con l'applicazione di strumenti e scale standardizzate e uniformi;
- la presa in carico, con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari (MMG, PLS, ecc.) e sociali; a seguito della valutazione, viene definito il Progetto di assistenza nel quale sono

indicati i bisogni socio sanitari della persona, gli obiettivi di cura e il trattamento più appropriato, tenendo in considerazione anche il supporto alla famiglia;

- l'esecuzione delle prestazioni al domicilio, in strutture residenziali o in strutture semi residenziali, con diversi livelli di intensità di cura e di assistenza, sulla base dello stadio della patologia e degli specifici bisogni del paziente.

I LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI SOCIALI (LEPS)

La Legge n. 134 del 30 dicembre 2021, meglio nota come Legge di Bilancio 2022, ha introdotto (Art. 1, commi 159-171) i nuovi LEPS – Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali, specifici per i soggetti anziani non autosufficienti o con ridotta autonomia.

I LEPS “sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, [...], con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità”.

I servizi socio-assistenziali, volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, sono erogati nelle seguenti aree:

- assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari:
 - supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana, caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;
 - soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR: ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza
- servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie:
 - pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato;
 - servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità;

- attivazione e organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata;
- servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie:
 - messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio;
 - assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

Viene demandata dalla Legge di Bilancio a uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, la definizione, ai fini della graduale introduzione dei LEPS, di modalità attuative, azioni di monitoraggio e modalità di verifica del raggiungimento dei LEPS medesimi per le persone anziane non autosufficienti nell'ambito degli stanziamenti vigenti.

Entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della Legge con uno o più decreti del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, dovranno essere definiti i LEPS, negli altri ambiti del sociale diversi dalla non autosufficienza.

I seguenti LEPS sono stati individuati come prioritari nell'ambito del Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, approvato dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale:

- pronto intervento sociale;
- supervisione del personale dei servizi sociali;
- servizi sociali per le dimissioni protette;
- prevenzione dell'allontanamento familiare;
- servizi per la residenza fittizia;
- progetti per il dopo di noi e per la vita indipendente.

C) Disposizioni generali e di sistema

C1) Ambito territoriale

Le disposizioni del presente Regolamento si applicano all'ambito territoriale afferente alla Zona Distretto Livornese, comprendente i Comuni di Livorno, Collesalveti e Capraia Isola.

C2) Oggetto del regolamento

Il regolamento zonale di accesso ai servizi socio-sanitari – area non autosufficienza e disabilità - disciplina le modalità di accesso agli interventi e ai servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali, nonché i criteri di erogazione, sulla base delle norme costituzionali e come disciplinati dalla L. n. 328/2000, dalle L.R. n. 41/2005 e L.R. n. 40/2005 e s.m.i., dalla L.R. n. 66/2008 “Istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza”, DGR 370/2010 sulla base della valutazione multiprofessionale del bisogno e della conseguente definizione di un percorso assistenziale personalizzato.

Attraverso il regolamento si perseguono le seguenti finalità:

- la realizzazione del diritto di tutti i cittadini di essere messi a conoscenza dei servizi disponibili nel territorio attraverso punti informativi e di prima accoglienza;
- la realizzazione del diritto dei cittadini alla garanzia della prestazione socio-sanitaria appropriata, nel rispetto dei principi di equità e giustizia, attraverso una lettura tempestiva e un’appropriata valutazione multidimensionale del bisogno;
- la realizzazione del diritto del cittadino a un trattamento individualizzato attraverso l’elaborazione di un progetto assistenziale personalizzato/progetto di vita;
- l’introduzione di percorsi innovativi di qualità;
- l’integrazione tra le diverse figure professionali nei percorsi assistenziali (in particolare per le persone con malattie croniche).

Fatto salvo il principio dell’accesso universalistico alle prestazioni appropriate indicate nei Piani di Assistenza Personalizzati di tutte le persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza sono previste forme di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni, non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria, e/o contributi differenziati secondo livelli di reddito e patrimoniali definiti dalla normativa regionale tempo per tempo vigente e secondo il sistema di contribuzione definito nel presente Regolamento.

Qualora l’assistito decida di non essere soggetto a valutazione della propria situazione economica, verrà richiesta la compartecipazione massima prevista per la prestazione o per l’insieme di prestazioni erogate.

In ogni caso la compartecipazione richiesta non potrà superare il 100% del costo della prestazione al netto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

D) Priorità d’accesso – Liste di attesa

In caso di temporanea indisponibilità di risorse o di indisponibilità finanziaria per l’attivazione di una o più prestazioni componenti il pacchetto di risposte previste nel PAP, la persona è collocata in una lista di attesa/priorità per l’attivazione effettiva delle singole prestazioni non disponibili, secondo una graduatoria determinata secondo modalità e criteri predeterminati, oggettivi e trasparenti.

Fonte principale di riferimento è l'Allegato 1 della DGRT 370/10, il quale specifica: "L'UVM, a partire dalle informazioni valutative relative all'area socio-ambientale, integrate in sede di discussione e stesura del PAP con altre aree di bisogno, definirà l'appropriatezza di un percorso assistenziale domiciliare o, in ultima analisi, di un percorso residenziale» (Cap. 3, comma e).

L'eventuale lista di attesa-priorità per le prestazioni socio-sanitarie, nel rispetto del principio dell'universalità dell'accesso, deve essere redatta sulla base della valutazione multidimensionale della non autosufficienza (art. 13 L.R. 66/2008), ovvero sulla base di criteri che tengano conto:

1. comma a): dello stato di salute funzionale organico, con riferimento alla dipendenza nell'attività di base della vita quotidiana, alle attività strumentali della vita quotidiana, al quadro clinico, al bisogno infermieristico;
2. comma b): delle condizioni cognitive comportamentali, con riferimento allo stato mentale, ai disturbi del comportamento ed ai disturbi dell'umore;
3. comma c): della situazione socio ambientale e familiare, con riferimento alla rete assistenziale presente, alla situazione socio-economica, alla condizione abitativa ed al livello di copertura assistenziale quotidiano.

Pertanto, in sede di definizione dei criteri per l'inserimento nella lista di attesa/priorità, si deve tener conto dei punteggi delle schede/scale previste dalle procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno adottate a livello regionale, e dell'eventuale pesatura attribuita a ciascun ambito di indagine secondo i Regolamenti/disciplinari approvati dalla Zona Distretto Livornese.

In particolare non può essere adottato come criterio di esclusione di un assistito dalla lista di attesa/priorità per l'inserimento in struttura residenziale, la presenza di uno o più figli, di abitazione di proprietà, di reddito/ISEE elevato, ecc.

La valutazione della condizione economica dell'utente deve essere limitata a quanto necessario per la compilazione della scheda di calcolo dell'I.A.C.A. (sottoscheda Valutazione Economica di Base).

La capacità economica dell'utente pertanto non è prerequisito per l'accesso ad un percorso di tipo residenziale.

La mappa delle offerte assistenziali (Tabella 3 – DGR n. 370/2010) riconduce la RSA, come prestazione erogabile, ad una condizione di elevato bisogno assistenziale correlato con assoluta inadeguatezza ambientale.

Allo scopo di limitare la permanenza in lista di attesa/lista di priorità, deve essere altresì garantito un punteggio aggiuntivo e progressivo da calcolare sulla base della stessa permanenza temporale in lista di attesa/lista di priorità.

Nel caso di impossibilità di attivare le prestazioni assistenziali previste nel PAP entro il termine di cui all'articolo 11, comma 5, lettera e) può trovare applicazione quanto previsto dall'art. 12 della L.R. 66/2008, comma 3.

Nel caso di PAP residenziale deve essere mantenuto il diritto alla permanenza in lista di attesa per il ricovero definitivo anche a fronte di erogazione di prestazione alternativa.

I ricoveri temporanei di sollievo e tutti gli inserimenti nei moduli specialistici sono finalizzati alla promozione della domiciliarità. Sono pertanto previste liste di attesa differenziate rispetto alla RSA permanente e non potrà essere prevista alcuna soglia di sbarramento.

In merito alla Lista di Priorità per l'ammissione alla RSA, RSD, CAP Centri Diurni per NA e Disabili verranno seguiti i criteri indicati nelle procedure/regolamenti vigenti adottati dalla Zona Distretto Livornese.

E) Integrazione delle politiche per la salute

La Zona Distretto Livornese attraverso la Convenzione socio-sanitaria, riveste un ruolo centrale nell'organizzazione e nella gestione delle attività sociosanitarie, è destinataria diretta delle risorse e ha la responsabilità dell'attuazione dei percorsi assistenziali, che coinvolgono sia i dipartimenti aziendali secondo una modalità a matrice (DGRT 269/2019) che, in alcuni casi, gli enti locali (Comuni e Unioni dei Comuni).

Gli elementi caratterizzanti l'integrazione socio-sanitaria sono:

1. L'informazione e l'accoglienza presso sportelli dedicati (Punti Insieme), che 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;
2. La valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno da parte di un'equipe di professionisti che fornisca indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni socio sanitarie appropriate. L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM-UVMD) è il livello funzionale e operativo del sistema di presa in carico, in quanto verifica la condizione di bisogno, ne individua il livello di gravità e definisce il Progetto di Assistenza Personalizzato/Progetto di vita, condividendo con la persona non autosufficiente/con disabilità e la sua famiglia le risposte più appropriate.
3. La realizzazione di un Progetto Assistenziale Personalizzato/Progetto di vita da parte dell'equipe che fornisca una risposta appropriata al bisogno accertato. E' prevista una consultazione periodica e integrata dell'utente, allo scopo di una eventuale revisione del progetto, nella certezza che il servizio debba sempre corrispondere al bisogno per ragioni di appropriatezza e di sostenibilità.

F) Diritto all'informazione e procedure di accesso

I cittadini hanno diritto:

- ad essere informati sui propri diritti in rapporto ai servizi di assistenza sociale e sociosanitaria;
- ad esprimere il consenso sul tipo di prestazione, salvo i casi previsti dalla legge;
- a partecipare alla scelta delle prestazioni, percorsi e interventi, compatibilmente con le disponibilità esistenti nell'ambito territoriale;
- ad essere garantiti nella riservatezza e nella facoltà di presentare osservazioni ed opposizioni nei confronti dei responsabili dei servizi e dei procedimenti nonché ad ottenere le debite risposte motivate;
- alla semplificazione delle procedure mediante l'uso di dichiarazioni sostitutive di certificazione ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000 e successive modifiche e integrazioni;
- all'accesso agli atti, secondo le disposizioni normative in materia e in ottemperanza dei regolamenti vigenti dei Comuni che insistono sulla Zona Distretto e del Regolamento dell' Azienda USL Toscana Nord Ovest.

Per i soggetti che presentino deficit psico-fisici e sensoriali, culturali, sociali, tali da ostacolare l'acquisizione di informazione sui diritti di cui ai punti a) e b) nonché sulle modalità di accesso al sistema integrato, sono previste forme specifiche di informazione, orientamento ed accompagnamento, finalizzate a rimuovere gli ostacoli alla normale fruizione dei servizi e degli interventi ed a garantire la piena accessibilità.

Per tutelare quelle persone che, a causa di un'infermità o di una menomazione fisica o psichica, si trovano nell'impossibilità, anche parziale o temporanea, di provvedere ai propri interessi è istituita la figura dell'**amministratore di sostegno** (Legge 9 gennaio 2004, n. 6), che costituisce un efficace strumento di protezione delle persone prive, in tutto o in parte, dell'autonomia di agire, offrendo loro garanzie per la qualità di vita attraverso:

- a) il riconoscimento ed il rispetto delle loro aspirazioni;
- b) la legittimazione a rappresentare i loro bisogni;
- c) il governo dei loro interessi.

La Regione Toscana promuove la figura dell'amministratore di sostegno, attraverso la legge regionale 4 marzo 2020, n. 18 e ss.mm.ii , quale strumento in grado di fornire ai soggetti deboli un supporto (declinato in termini di rappresentanza o di assistenza), che miri a sostenere la capacità residua del soggetto, valorizzando la centralità della persona e il principio di autodeterminazione, come previsto dalla procedura aziendale vigente.

L'informazione sui servizi e sui percorsi si attua attraverso:

- Punti Insieme;
- Segretariato sociale;
- "Carta dei Servizi";

- Incontri organizzati;
- Siti internet istituzionali;
- Piano di comunicazione.

L'accesso alle prestazioni ed ai servizi di cui al presente Regolamento avviene:

- a) su richiesta diretta dell'interessato;
- b) su richiesta di familiari, parenti, legale rappresentante (amministratore di sostegno, tutore ecc..)
- c) su segnalazione di altri servizi socio-sanitari;
- d) su segnalazione di Enti, soggetti privati, associazioni di volontariato;
- e) su proposta diretta del Servizio Sociale.

La richiesta viene formalizzata mediante la compilazione di appositi moduli.

G) Compartecipazione al costo dei servizi

Il DPCM 12/01/2017 stabilisce quali sono le prestazioni sociosanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale e in quale misura.

Secondo quanto stabilito dall'art. 47 della L.R. 41/2005 e ss.mm.ii., il concorso degli utenti ai costi del sistema integrato è stabilito a seguito della valutazione della situazione economica del richiedente,

effettuata con lo strumento dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), disciplinato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 *“Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)”*, come modificato dal decreto legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito con modificazioni dalla legge 26 maggio 2016, n. 89 e s.m.i..

In ottemperanza all'art. 47, comma 5, della L.R. 41/2005 e ss.mm.ii., “gli Enti Locali e le Società della Salute: a) definiscono l'entità della compartecipazione ai costi da parte degli utenti in coerenza con la programmazione regionale e zonale, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili; b) adeguano i regolamenti che disciplinano l'accesso alle prestazioni del sistema integrato, definendo le modalità di compartecipazione degli utenti ai costi”.

Pertanto il regolamento di accesso definisce per ogni percorso assistenziale modalità ed entità della compartecipazione ai costi da parte degli utenti .

	SSR	compartecipazione
Non autosufficienza		
Valutazione	100%	
Cure domiciliari (AD base, ADI 1° livello, ADI 2° livello, ADI 3° livello)	- 100% SSN i primi 30 gg dopo la dimissione protetta - 50% SSN i giorni successivi	giorni successivi al 30° a carico dei Comuni 50%
Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario	100%	
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non auto (elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza inferm. 24h)	100%	
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non auto (lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, compreso sollievo) RSA	50%	50%
Assistenza sociosanitaria semi-residenziale alle persone non auto	50%	50%
Disabilità		
Valutazione e presa in carico elenco attività	100%	

garantite dal SSN		
Assistenza residenziale con riabilitazione intensiva, disabilità complesse importanti modificabili, non supera di norma i 45 gg	100%	
Assistenza residenziale con riabilitazione estensiva, disabili non auto con potenzialità di recupero funzionale, non supera di norma i 60 gg	100%	
Assistenza residenziale con Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità <u>1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare</u>	70%	30%
Assistenza residenziale con trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità <u>2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare</u>	40%	60%
Trattamenti semiresidenziali riabilitazione estensiva, potenzialità di recupero funzionale, riabilitaz almeno 1 ore al g, durata max 60 gg	100%	
Trattamenti semiresidenziali socio-riabilitativi recupero e mantenimento abilità funzionali residue, anche laboratori e centri occupazionali	70%	30%
Cure specialistiche centri altissima specializzazione all'estero	100%	
Cronicità	100%	
Cure palliative	100%	

La condizione economica della persona presa in carico costituisce un elemento necessario per il calcolo dell'eventuale compartecipazione al costo della prestazione e della conseguente integrazione dell'ente locale di competenza, ma non rappresenta una condizione per l'accesso al percorso che dovrà essere sempre garantito, in coerenza con il principio dell'universalità e della appropriatezza e con quello di garanzia della presa in carico.

L'indisponibilità dell'attestazione ISEE non impedisce l'accesso al percorso di presa in carico, la valutazione e la predisposizione del Piano Assistenziale Personalizzato/Progetto di vita.

Al fine di facilitare/velocizzare i tempi di concessione delle prestazioni, sia richiesta l'attestazione ISEE in corso di validità al momento della presentazione dell'istanza contenente la segnalazione del bisogno. Tuttavia la mancata presentazione dell'ISEE si limita a comportare la rinuncia agli eventuali benefici economici o alle riduzioni delle quote di compartecipazione dal costo delle prestazioni previste dallo stesso PAP/Progetto di vita da parte della persona interessata (a meno che tale indisponibilità non sia dipesa dalla sussistenza di una condizione di incapacità giuridica della stessa) e non può in nessun modo impedire o ritardare la valutazione multidimensionale del bisogno e la predisposizione del Progetto di Assistenza Personalizzato/Progetto di vita e non può rappresentare una limitazione rispetto ai percorsi residenziali.

La compartecipazione al costo dei servizi è correlata al valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) dei soggetti che richiedono le prestazioni e dei soggetti tenuti a compartecipare, secondo quanto previsto dalle normative generali di riferimento ed esplicitato negli specifici atti che saranno adottati con delibera di Giunta Comunale.

H) CRITERI DI ACCESSO

Criteria, modalità e procedure di accesso alle prestazioni socio-sanitarie

Il regolamento zonale disciplina il sistema unico di accesso per le persone anziane non autosufficienti e con disabilità, coordinato e integrato in una logica di rete, di continuità e di appropriatezza, fondato, già dalla fase di primo accesso, su un approccio progettuale e non meramente prestazionale, che deve garantire:

- informazione e orientamento;
- accoglienza della segnalazione;
- avvio del percorso di presa in carico.

La rete dei servizi di accesso costituisce uno dei livelli base di cittadinanza sociale che deve essere garantito sull'intero territorio, facilitando un accesso unificato ai percorsi di presa in carico, eliminando e semplificando i passaggi che la persona stessa e i suoi familiari devono compiere.

Punti Insieme/Segretariato Sociale

I Punti Insieme costituiscono i presidi dell'accesso al sistema integrato territoriale.

I Punti Insieme devono garantire:

- l'accoglienza del bisogno;

- la registrazione della segnalazione del bisogno;
- l'orientamento e l'informazione del cittadino;
- l'avvio della raccolta di tutte le informazioni utili ad orientare la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno.

Il Punto Insieme si caratterizza sia per la sua elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella sua strutturazione.

Il Punto Insieme è un servizio istituzionale collegato funzionalmente con la rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari territoriali, rappresenta un'articolazione del PUA e costituisce uno dei livelli base di cittadinanza sociale da garantire sull'intero territorio. Facilita l'accesso unificato alle prestazioni e ai servizi, in quanto al cittadino viene chiesto solo di presentare il proprio bisogno, lasciando che sia poi la struttura organizzativa ad assicurare la risposta appropriata in tempi certi e predefiniti.

Per tutto ciò il Punto Insieme deve avere una sede accessibile e riconoscibile, con orari definiti al pubblico, e deve avere requisiti strutturali, organizzativi e di strumentazione tecnologica in grado di assolvere in maniera qualificata e tempestiva, a tutte le funzioni di cui è incaricato.

Punto Unico di Accesso (PUA)

In attuazione della legge regionale 66/2008 e della DGRT n. 370/ 2010, il sistema dell'accesso è costituito dalla rete di front-office, gli sportelli Puntosieme e il Segretariato sociale, e da un back-office con funzioni di coordinamento, il Punto Unico di Accesso (PUA), uno per ciascuna zona-distretto.

Il coordinamento della rete dell'accesso è dunque affidato al PUA, che rappresenta l'accesso indiretto al percorso, su segnalazione di altri servizi che hanno già in carico la persona e valutano opportuna una presa in carico sociosanitaria per un bisogno di tipo complesso.

Il PUA svolge funzioni di coordinamento operativo, tecnico-amministrativo e organizzativo e funge inoltre da raccordo tra la fase dell'accesso e quella di valutazione multidimensionale del bisogno.

La delibera della Giunta Regionale n. 1449 del 19 dicembre 2017 ha completato il percorso di presa in carico della persona non autosufficiente estendendolo anche all'area della disabilità.

Il PUA rappresenta nella sostanza il back-office unitario delle fasi del percorso assistenziale, assicura il coordinamento tra i servizi e gli operatori e sostiene il processo di progettazione con la definizione delle risorse finanziarie necessarie nei limiti delle disponibilità del bilancio di zona.

ACOT

L'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (DGR n. 679/2016) garantisce il governo dell'interfaccia Ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa. L'Agenzia è lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio e fa capo funzionalmente alla Zona-Distretto. Agisce nell'ambito dei presidi ospedalieri zionali di riferimento operando con una logica di sistema pull che, attivandosi già all'ingresso in ospedale, vede le Direzioni di Presidio e i reparti di degenza operare per la pianificazione delle dimissioni.

Promuove ed utilizza strumenti di *handover* standardizzati nella fase di dimissione, che permettono una comunicazione volta a garantire la sicurezza del paziente e la completezza delle informazioni necessarie alla gestione del percorso.

Presidia e valuta l'appropriatezza della segnalazione, definisce il percorso di continuità assistenziale attivando, in presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'UVM zonale competente in una logica di continuità con il percorso valutativo progettuale proprio della persona in condizione di non autosufficienza permanente.

Coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale, assicurando il raccordo dei Servizi coinvolti.

Si raccorda con le zone/distretto di provenienza per i pazienti non residenti e ricoverati negli ospedali zionali di competenza dell'Agenzia.

Coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera, il MMG.

Coinvolge il paziente e la famiglia nel percorso, assicurando una comunicazione chiara, comprensibile, tempestiva ed efficace.

Svolge un ruolo di responsabilità e monitoraggio nel governo delle risorse disponibili sia sul piano della appropriatezza gestionale ed organizzativa che sul piano della sicurezza clinica nella transizione fra i presidi ospedalieri e territoriali.

Attiva la procedura di fornitura degli ausili necessari affinché la consegna al domicilio avvenga prima della dimissione.

L'Agenzia di continuità Ospedale Territorio svolge funzione di riferimento per le segnalazioni provenienti dal territorio qualora sia presente richiesta di inserimento in Cure Intermedie Residenziali.

L'equipe dell'Agenzia è multiprofessionale ed è costituita da: Medico di comunità, Infermiere, Assistente sociale, Fisioterapista . Si avvale della consulenza strutturata di specialista Fisiatra o Geriatra.

È coordinata/diretta da un responsabile sanitario, nominato dal Direttore della zona distretto, che ha la responsabilità nell'attivazione delle risorse, nella valutazione e monitoraggio dei risultati e nell'attivazione delle azioni di miglioramento del sistema.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) "Compartecipazione al costo dei servizi", "Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione," del presente Regolamento.

I) Associazionismo e terzo settore

La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato, in conformità con i livelli essenziali delle prestazioni sociali definiti dallo Stato, compete alla Regione ed agli Enti Locali.

La Regione e gli Enti Locali, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo che il volontariato, gli organismi della cooperazione sociale, le associazioni e gli altri soggetti privati senza scopo di lucro, operanti nel settore, svolgono nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato. Al perseguimento delle finalità del sistema integrato concorrono anche altri soggetti pubblici o privati.

La Regione e gli Enti Locali, nell'ambito delle rispettive competenze, nell'esercizio delle proprie funzioni di programmazione e organizzazione del sistema integrato assicurano il coinvolgimento attivo degli enti del Terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione, poste in essere ai sensi dell'articolo 55 del d.lgs. 117/2017, degli artt. 9,10, 11 della L.R. 65/2020, nel rispetto dei principi della legge 7 agosto 1990, n. 241, e in coerenza e armonia alle discipline regionali di settore in materia di programmazione e all'autonomia regolamentare degli enti locali, *motivando le esigenze che eventualmente impediscono l'attivazione di tale istituto.*

L) Tutela dei soggetti deboli

Per le persone con disabilità e per la persona non autosufficiente la Zona Distretto Livornese assicura la presa in carico nell'ambito degli indirizzi derivanti dalla programmazione territoriale zonale e aziendale, tenendo conto delle risorse messe a disposizione dai soggetti preposti, secondo le modalità organizzative e gli strumenti indicati dal modello regionale di presa in carico della persona con disabilità e della persona non autosufficiente.

M) Accesso ai documenti amministrativi

L'accesso agli atti è disciplinato dalla normativa nazionale in materia, con particolare riferimento a quanto previsto dalla legge n. 241/1990 nonché dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm.ii in quanto compatibile.

L'accesso civico e l'accesso generalizzato sono disciplinati con specifici regolamenti adottati con Deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest, pubblicati sul sito istituzionale www.uslnordovest.toscana.it nella sezione Amministrazione Trasparente e le rispettive modalità applicative sono indicate nella sezione "Come fare per fare domanda di accesso agli atti"

N) Interruzioni/variazioni delle prestazioni

Qualsiasi variazione o interruzione delle prestazioni o degli interventi dovranno essere indicati nel PAP/Progetto di Vita e condivise con l'equipe multidisciplinare o il soggetto beneficiario o suo rappresentante legale.

SETTORI DI INTERVENTO E TIPOLOGIE DI SERVIZI:

1) AREA NON AUTOSUFFICIENZA

INTERVENTI DOMICILIARI, SEMI-RESIDENZIALI E RESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

ART. 1 INTERVENTI VOLTI A FAVORIRE LA DOMICILIARITA'

Il presente regolamento ha lo scopo di disciplinare le modalità ed i criteri di accesso ai servizi domiciliari dei cittadini residenti nell'ambito territoriale afferente alla Zona Distretto.

1.1 - Soggetti destinatari:

I servizi domiciliari sono rivolti a persone anziane non autosufficienti con età uguale o superiore ai 65 anni in favore delle quale la Commissione UVM abbia valutato l'appropriatezza di un percorso assistenziale domiciliare.

Art. 1.2 - Finalità

L'assistenza a domicilio dell'anziano non autosufficiente è individuata quale scelta prioritaria che i Servizi intendono privilegiare, valorizzando il rispetto dei legami familiari, dell'ambiente e del contesto di vita.

Per assistenza domiciliare si intende un insieme di prestazioni fornite al cittadino, finalizzate alla tutela dei suoi bisogni socio-sanitari, riguardanti la cura della persona, del proprio ambiente di vita e dei bisogni relazionali.

Gli interventi di assistenza domiciliare hanno come obiettivo principale la permanenza, per quanto possibile, della persona nel proprio nucleo familiare e nel proprio ambiente di vita, promuovendo la massima attivazione della rete integrata dei servizi socio-sanitari. ed è subordinato alla definizione di un piano assistenziale personalizzato condiviso con la persona e/o con la famiglia.

Art. 1.3 - Modalità e criteri per l' accesso

I cittadini accedono al Servizio rivolgendosi ai Punti Insieme Territoriali e agli sportelli di Segretariato Sociale.

La domanda di valutazione del bisogno socio-sanitario del cittadino all'interno della Commissione UVM deve essere redatta su apposita modulistica (scheda di accesso al servizio) dall'interessato e/o dai suoi familiari e/o dal suo legale rappresentante.

Alla domanda può essere allegato, ai fini della richiesta di prestazione sociale agevolata, l'ISEE socio-sanitario della persona assistita in corso di validità, secondo quanto previsto dalle normative generali di riferimento. In mancanza di presentazione dell'ISEE, la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il suo legale rappresentante si impegna al pagamento dell'intero ammontare della prestazione.

All'istruttoria viene dato corso secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente e con le modalità di seguito indicate:

- Elaborazione del Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP) all'interno della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).
- Condivisione del progetto con la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il legale rappresentante.
- Attivazione dell'intervento o inserimento nella "Lista di Priorità/lista d'attesa".

Entro 30 giorni dalla presentazione della domanda, completa di tutta la documentazione necessaria, la Commissione UVM, a partire dalle informazioni valutative relative all'area socio-

ambientale, integrate con altre aree di bisogno, provvederà alla stesura del PAP e definirà l'appropriatezza del percorso assistenziale domiciliare (DGRT. n. 370/2010 - Allegato 1) con livello di isogravità uguale o superiore a 3.

Il PAP è condiviso con la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il suo legale rappresentante, fissando a 60 giorni dalla presentazione dell'istanza completa il tempo massimo per l'erogazione della prestazione.

Nel caso di impossibilità ad attivare le prestazioni assistenziali previste dal PAP entro i termini suddetti, la Commissione UVM condividerà con la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il suo legale rappresentante possibili offerte di percorsi alternativi, fissando entro 90 giorni il tempo massimo per l'attivazione delle prestazioni previste dal PAP.

Al momento della condivisione del PAP, la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il suo legale rappresentante sottoscrive l'impegno formale al pagamento della compartecipazione alla spesa della prestazione, con decorrenza dal momento dell'attivazione del servizio.

In caso di variazioni della condizione economica della persona assistita durante il periodo di erogazione del Servizio, la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il suo legale rappresentante è tenuto a ripresentare l'attestazione ISEE aggiornata, al fine di procedere alla rivalutazione della compartecipazione alla prestazione agevolata.

Art. 1.4 - Tipologia di interventi domiciliari per anziani non autosufficienti

L'Assistenza Domiciliare (AD) prevede due diverse tipologie di interventi a carattere socio-sanitario integrati:

Assistenza Domiciliare in forma Diretta, che consiste nell'erogazione della prestazione attraverso personale socio-sanitario. Gli interventi stabiliti nel PAP sono volti a favorire il recupero ed il mantenimento delle abilità residue degli anziani non autosufficienti ed a sostenere la famiglia nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana.

Gli interventi previsti dal PAP verranno richiesti e verificati dal Servizio Sociale Professionale competente della presa in carico delle persone interessate.

In caso di prestazione erogata a seguito di dimissioni protette, l'intervento sarà a carico del SSR nei primi 30 giorni decorrenti dalle dimissioni; nei giorni successivi al 30° sarà al 50% a carico del SSR e al 50% a carico dei Comuni.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) "Compartecipazione al costo dei servizi", "Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione," del presente Regolamento.

Assistenza Domiciliare in forma Indiretta: sono previsti vari interventi a sostegno della cura della persona presso il proprio domicilio tramite l'erogazione di contributi economici:

- **contributi finalizzati all'assunzione di un assistente familiare accreditato** come disciplinato dalla L.R. n. 82/2009 e successive modifiche e/o integrazioni.

Soggetti destinatari dei contributi per assistenti familiari Possono beneficiare del contributo le persone anziane di età uguale o superiore a 65 anni, in condizioni di non autosufficienza valutata dall'UVM riconducibile a un livello di isogravità non inferiore a 3.

La prestazione consiste nell'erogazione di contributi economici finalizzati all'instaurazione di un rapporto di lavoro con un assistente familiare accreditato.

Tale contributo deve essere utilizzato obbligatoriamente per l'instaurazione di un rapporto di lavoro subordinato nel rispetto dei Contratti Collettivi di lavoro vigenti e dalle norme che regolano la materia.

L'entità del contributo è stabilita e graduata annualmente in base alla soglia dell' ISEE sociosanitario dell'interessato.

- **Contributi di sostegno alle cure familiari**

Soggetti destinatari dei contributi di sostegno alle cure familiari possono beneficiare del contributo le persone anziane di età uguale o superiore a 65 anni, che presentino gravi forme di demenza senile e/o altre patologie determinanti una condizione di non autosufficienza con relativo livello di isogravità non inferiore al 3°, definito secondo i criteri stabiliti dal progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 370/10, la cui rete familiare/vicinato durante l'arco della giornata assicuri direttamente il fabbisogno assistenziale prevalente e si faccia garante della necessaria assistenza e del raggiungimento degli obiettivi individuati.

La prestazione consiste nell'erogazione di contributi economici finalizzati a sostenere le famiglie che si fanno carico direttamente dell'assistenza in favore di propri familiari anziani in condizione di non autosufficienza, in considerazione della rilevante funzione assistenziale che queste svolgono e dei costi sociali ed economici da queste sostenuti.

In considerazione di ciò, tale tipologia di contributo viene concessa solo in favore di persone che siano dotate di una rete familiare o di vicinato adeguata per il raggiungimento degli obiettivi posti dal PAP, con monitoraggio degli interventi da parte dei servizi sociosanitari.

L'entità del contributo è stabilita e graduata annualmente in base alla soglia dell' ISEE sociosanitario dell'interessato.

Gravissime disabilità: erogazione di un contributo economico finalizzato all'assunzione di un Assistente Personale con regolare contratto di lavoro

Soggetti destinatari: persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980 n.18 o comunque definite non autosufficienti ai sensi della DGRT 664/2017 allegato A e successive modifiche e integrazioni, per l'individuazione delle quali sono fornite scale di valutazione.

Obiettivo primario dell'intervento è dare un sostegno alla permanenza a domicilio della persona con disabilità gravissima, laddove possibile, promuovendo un percorso di presa in carico globale centrato sulla persona e sui familiari.

Gli interventi economici previsti non sono sostitutivi o compensativi, ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari e non sono compatibili con altri contributi economici erogati con la medesima finalità di sostegno alla permanenza a domicilio della persona con disabilità gravissima.

L'intervento economico mensile varia da un minimo di Euro 900,00 fino ad un massimo di Euro Euro 1200,00.

In caso di ricovero della persona in una struttura sanitaria o socio-sanitaria l'erogazione del contributo è sospesa. Può essere fatta eccezione per i ricoveri di breve periodo, comunque non superiori a 60 giorni.

La presa in carico della persona è effettuata dalla Unità di Valutazione Multidisciplinare.

Il contributo potrà essere erogato sulla base delle risorse effettivamente disponibili.

Interventi a sostegno della funzione assistenziale domiciliare per le persone affette da malattie dei motoneuroni ed in particolare da sclerosi laterale amiotrofica (SLA)

Soggetti destinatari: Persone affette da malattia del motoneurone ed in particolare da sclerosi laterale amiotrofica (SLA), come disciplinato con delibera della DGRT n. 721/2009 e sue ss.mm.ii. che si trovino nella fase avanzata della malattia e che siano assistite presso il proprio domicilio.

E' prevista l'erogazione di un contributo mensile il cui importo è stabilito dalla normativa vigente (intervento massimo pari ad Euro 1650,00 mensili), destinato a sostenere la spesa per uno o più caregiver personali con regolare contratto di lavoro.

La presa in carico della persona è effettuata dalla Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

L'UVM, valuta le condizioni ed il bisogno della persona e definisce il Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP).

L'erogazione dell'assegno di cura è assicurato anche in caso di ricovero della persona assistita presso strutture sanitarie o socio-sanitarie purché non si protragga oltre 60 giorni.

Sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare

Soggetti destinatari:

1. caregiver di persone anziane non autosufficienti in condizione di disabilità gravissime come definita dall'art.3 del DM 26/2016;
2. caregiver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali;
3. ricongiungimento del caregiver con persone anziane nell'ambito di programmi di accompagnamento alla de istituzionalizzazione.

Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 2016/76, di un familiare o di affine entro il secondo grado.

Finalità. Dare sostegno e sollievo al ruolo di cura del caregiver familiare

Il ruolo centrale della presa in carico è assunto dalla UVM della Zona Distretto che valuta oltre alle condizioni cliniche ed il bisogno della persona anche il carico assistenziale/stress del care-giver familiare.

Il contributo economico è da intendersi nei termini di assegno di cura poiché finalizzato a sostenere le funzioni di cura del caregiver familiare che si assume in proprio l'onere dell'assistenza.

L'intervento economico previsto è pari ad un importo complessivo mensile di Euro 400,00.

La somma di Euro 400,00 mensili può essere ridotta fino alla concorrenza massima di tutti i contributi, pari ad Euro 1200,00 mensili.

ALTRE TIPOLOGIE DI INTERVENTO DOMICILIARE

La Zona Distretto Livornese, nell'ambito di attività di programmazione degli interventi a valere sul FNA, ha la facoltà di prevedere ulteriori tipologie di prestazioni domiciliari quali:

CURE DI PROSSIMITA': le cure di prossimità si connotano come un servizio modulato su tre livelli assistenziali diversificati in base alla gravità sociale, relazionale o socio-sanitaria della persona anziana.

1° livello assistenziale rivolto a persone anziane c.d. fragili o in fase iniziale di non autosufficienza allo scopo di mantenerle nel proprio ambiente di vita e di prevenzione primaria.

2° livello assistenziale (Telesoccorso) è rivolto a persone anziane c.d. fragili o in una fase iniziale di non autosufficienza che necessitano di un servizio di monitoraggio e prevenzione costante che si realizza grazie all'integrazione tra servizi pubblici e sociosanitari e le associazioni di volontariato.

3° livello assistenziale è rivolto a persone anziane c.d. fragili o in condizione di non autosufficienza che necessitano di interventi socio-riabilitativi per patologie neuro-degenerative o di demenza senile lieve attraverso personale specializzato. Il servizio si avvale di due tipologie di intervento:

A) *tipologia riabilitazione domiciliare*: attività di stimolazione cognitiva presso il domicilio della persona anziana

B) *tipologia centro di mantenimento*: autonomie e auto aiuto: attività in comune con le persone assistite per attività socio-riabilitative di mantenimento delle residue capacità cognitive; centro di ascolto e supporto ai familiari.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) “Compartecipazione al costo dei servizi”, “Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione,” del presente Regolamento.

SERVIZI INNOVATIVI E PROGETTI EUROPEI (Fondi FSE o FSC o PNRR) O *PROGETTI SPERIMENTALI DI INTERESSE REGIONALE*

Nell’ambito dei servizi destinati a favorire il mantenimento a domicilio della persona anziana non autosufficiente la Regione può attivare progetti mirati a sostenere le famiglie sia attraverso contributi economici che pacchetti di servizi che possono prevedere la combinazione di diversi tipologie di prestazioni anche a carattere innovativo.

La Regione attiva ogni singolo progetto, sulla base di un Progetto Assistenziale Personalizzato, attraverso l’applicazione di linee guida contenute all’interno del progetto stesso.

La durata degli interventi è stabilita nel PAP sulla base del bisogno della persona assistita, nei limiti delle risorse di budget assegnato.

ART. 2 MODALITA’ DI ACCESSO ALLE STRUTTURE SEMI-RESIDENZIALI (CENTRI DIURNI)

Art. 2.1 - Soggetti destinatari

I servizi semi-residenziali sono destinati ad accogliere persone anziane non autosufficienti e/o con disabilità cognitivo-comportamentale con età uguale o superiore a 65 anni, ovvero di età inferiore ai 65 anni solo nel caso in cui sia stata valutata un’ isogravità ≤ 3 correlata ad una disabilità cognitivo comportamentale.

Art. 2.2 - Finalità

La struttura semiresidenziale per persone anziane assicura attività assistenziali dirette a gruppi di persone per più ore al giorno e per più giorni a settimana e garantisce l’alta integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

Art 2.3 - Tipologia Centri Diurni

I centri Diurni in base alla normativa vigente si articolano in:

- Centri Diurni per anziani in condizione di non autosufficienza stabilizzata
- Centri Diurni per persone con disabilità cognitivo-comportamentale

Art. 2.4 - Modalità e procedure per l' accesso

I cittadini accedono al Servizio rivolgendosi ai Punto Insieme Territoriali e agli sportelli di Segretariato Sociale.

La domanda di valutazione del bisogno socio-sanitario del cittadino da parte della Commissione UVM deve essere redatta su apposita modulistica dall'interessato e/o dai suoi familiari e/o dal suo legale rappresentante.

Alla domanda può essere allegato, ai fini della richiesta di prestazione sociale agevolata, l'ISEE socio-sanitario in corso di validità della persona assistita, secondo quanto previsto dalle normative generali di riferimento. In mancanza di presentazione dell'ISEE, la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il suo legale rappresentante si impegna al pagamento dell'intero ammontare della prestazione.

All'istruttoria viene dato corso secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente e con le modalità di seguito indicate:

- Elaborazione del Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP) all'interno della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).
- Condivisione del progetto con la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il legale rappresentante.
- Inserimento nelle liste di attesa

Entro 30 giorni dalla presentazione della domanda, completa di tutta la documentazione necessaria, la Commissione UVM, a partire dalle informazioni valutative relative all'area socio-ambientale, integrate con le altre aree di bisogno sanitario, provvederà alla stesura del PAP e

definerà l'appropriatezza del percorso assistenziale semi-residenziale (D.G.R.T. n. 370/2010 - Allegato 1) per la persona anziana con livello di isogravità uguale o superiore a 3.

Il PAP è condiviso con la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il suo legale rappresentante, fissando a 60 giorni dalla presentazione dell'istanza completa il tempo massimo per l'erogazione della prestazione.

Nel caso di impossibilità ad attivare le prestazioni assistenziali previste dal PAP entro i termini suddetti, la Commissione UVM condividerà con la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il suo legale rappresentante possibili offerte di percorsi alternativi, fissando entro 90 giorni il tempo massimo per l'attivazione delle prestazioni previste dal PAP.

Al momento della condivisione del PAP, la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il suo legale rappresentante sottoscrive l'impegno formale al pagamento della compartecipazione alla spesa della prestazione, con decorrenza dal momento dell'attivazione del servizio.

Le domande di inserimento nei Centri Diurni Assistenziali per Anziani Non Autosufficienti, dopo essere state valutate dalla Commissione UVM, sono inserite nella lista di priorità dell'articolazione territoriale zonale, redatta sulla base delle tipologie delle strutture e in base ai criteri previsti dal vigente regolamento di accesso alle strutture residenziali e semiresidenziali della Z.D. Livornese.

Nel caso di rinuncia formale al progetto semiresidenziale elaborato dalla Commissione UVM, la persona assistita viene cancellata dalla lista di attesa.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) "Compartecipazione al costo dei servizi", "Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione," del presente Regolamento.

ART. 3 MODALITA' DI ACCESSO AI SERVIZI RESIDENZIALI PER PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

3.1 - Soggetti destinatari

I servizi residenziali sono destinati a persone anziane non autosufficienti impossibilitate a rimanere presso il proprio domicilio che necessitano di protezione diretta ad integrare o sostituire la limitazione totale e stabilizzata delle loro capacità.

La Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) è una struttura residenziale che eroga prestazioni socio-assistenziali e ad integrazione socio-sanitaria per l'accoglienza di persone non autosufficienti.

Possono essere accolte in RSA persone di età inferiore a 65 anni, solamente nel caso esse siano affette da patologie degenerative assimilabili al decadimento senile e previa valutazione della Commissione UVM/UVMD.

Art. 3.2 – Finalità

Accoglienza temporanea o definitiva di persone anziane non autosufficienti nelle strutture residenziali.

Art. 3.3 - Modalità e procedure per l' accesso

I cittadini accedono al Servizio rivolgendosi ai Punto Insieme Territoriali e agli sportelli di Segretariato Sociale.

La domanda di valutazione del bisogno socio-sanitario del cittadino all'interno della Commissione UVM deve essere redatta su apposita modulistica dall'interessato e/o dai suoi familiari e/o dal suo legale rappresentante.

Alla domanda può essere allegato, ai fini della richiesta di prestazione sociale agevolata, l'ISEE socio-sanitario della persona assistita in corso di validità, secondo quanto previsto dalle normative generali di riferimento.

La valutazione della situazione economica non costituisce criterio selettivo per l'accesso ai servizi residenziali, che si basa sul principio di universalità e che di conseguenza non deve considerarsi come preclusiva dell'accesso la mancata presentazione dell'ISEE, che comporta soltanto il pagamento dell'intera retta o tariffa annualmente definite.

All'istruttoria viene dato corso secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale vigente e con le modalità di seguito indicate:

1. Elaborazione del Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP) all'interno della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).
2. Condivisione del progetto con la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il suo legale rappresentante.
3. Attivazione dell'intervento o inserimento nella "Lista di Priorità".

Entro 30 giorni dalla presentazione della domanda, completa di tutta la documentazione necessaria, la Commissione UVM, a partire dalle informazioni valutative relative all'area socio-ambientale, integrate con le altre aree di bisogno sanitario, provvederà alla stesura del PAP e definirà l'appropriatezza del percorso assistenziale residenziale (D.G.R.T. n. 370/2010 - Allegato 1) e la sua tipologia (permanente, temporaneo, di sollievo) con livello di isogravità uguale o superiore a 3.

Nel caso di impossibilità ad attivare le prestazioni assistenziali previste dal PAP entro i termini suddetti, la Commissione UVM si pone l'obiettivo di condividere con la persona assistita e/o i suoi familiari e/o il suo legale rappresentante possibili offerte di percorsi alternativi, fissando entro 90 giorni il tempo massimo per attivare le prestazioni previste dal PAP.

Art. 3.4 - Tipologia di "Moduli" all'interno della RSA

La RSA è articolata al suo interno su più "Moduli" al fine di realizzare la flessibilità organizzativa necessaria ad assicurare gradi diversi di intensità assistenziale, in coerenza con il percorso assistenziale delle persone accolte.

1) Modulo Base - Modulo per la Non Autosufficienza Stabilizzata

Caratteristiche utenza: si tratta di persone non autosufficienti, con esiti di patologie ormai stabilizzate, inseriti in progetti di lungoassistenza con livello di isogravità compreso da 3 a 5, ovvero persone affette da patologie quali:

-malattie croniche in fase di discreto compenso

-esiti stabilizzati di problemi ortopedici o neurologici o problemi funzionali che necessitano di un intervento fisioterapico di mantenimento.

Le prestazioni garantite nel modulo base delle RSA sono:

- Assistenza medica: è garantita dal MMG di libera scelta
- Assistenza infermieristica: comprende tutte le attività proprie del profilo professionale
- Assistenza riabilitativa impostata su programmi di mantenimento o miglioramento
- Assistenza alla persona: comprende l'assistenza al paziente nelle attività di base della vita quotidiana e nelle attività strumentali possibili, a seconda del grado di autonomia
- Attività di animazione e ludico-ricreative

Il ricovero nel modulo base può essere temporaneo, anche per sollievo del/dei caregivers o definitivo

2) Modulo Motorio - Modulo per Disabilità di Prevalente Natura Motoria

Caratteristiche utenza: il modulo motorio accoglie persone che in fase post-acuta e /o post ospedaliera (esempio : esiti di ictus,fratture...)necessitano di un intervento finalizzato al recupero di un migliore livello funzionale anche se hanno usufruito di una degenza riabilitativa.

Il ricovero non può essere superiore a 60gg.

Le prestazioni garantite nel modulo motorio sono:

- Assistenza medica: è garantita dal MMG di libera scelta
- Assistenza infermieristica: comprende tutte le attività proprie del profilo professionale
- Assistenza alla persona: comprende l'assistenza al paziente nelle attività di base della vita quotidiana e nelle attività strumentali possibili, a seconda del grado di autonomia
- Assistenza riabilitativa: rappresenta l'intervento preminente ed è attuata secondo un preciso programma di intervento stabilito insieme al medico specialista dopo una valutazione iniziale

3) Modulo Cognitivo - Modulo per Disabilità Cognitivo Comportamentale.

Caratteristiche utenza: accoglie soggetti con decadimento cognitivo medio-grave, conseguente a sindrome demenziale, con prevalenza di problemi attinenti ai disturbi del comportamento (agitazione, aggressività, wandering, disturbi del sonno, ecc.) previa valutazione del medico specialista (geriatra, neurologo, ecc.) e con isogravità compresi tra 4 e 5.

La permanenza nel modulo specialistico cognitivo comportamentale è temporanea.

Le prestazioni garantite nel modulo cognitivo comportamentale sono:

- Assistenza medica: è garantita dal MMG di libera scelta il quale si avvale, per una costante verifica del percorso di "cura", del geriatra e/o degli altri specialisti necessari (neurologo, psichiatra)
- Assistenza infermieristica: comprende tutte le attività proprie del profilo professionale
- Assistenza alla persona: comprende l'assistenza al paziente nelle attività di base della vita quotidiana cercando di salvaguardare le potenzialità residue di autonomia
- Attività di animazione e riabilitazione psico-sociale: è importante in questi soggetti ed è dedicata sia ad attività individualizzate che di gruppo

4) Modulo per Stati Vegetativi Permanenti Stabilizzati-Terminali.

Caratteristiche utenza: questo modulo accoglie persone in stato vegetativo o in stato di minima coscienza nel caso in cui, al termine del percorso sanitario ospedaliero e/o sanitario riabilitativo sia impossibile la definizione di un Progetto basato sull'organizzazione sanitaria e socio-assistenziale al domicilio.

Le prestazioni garantite nel modulo stati vegetativi: sono:

- Assistenza medica: è garantita dal MMG di libera scelta il quale si avvale , per una costante verifica del percorso di “cura”, del geriatra e/o degli altri specialisti con competenze nella lungodegenza.
- Assistenza infermieristica: comprende tutte le attività proprie del profilo professionale
- Assistenza alla persona: comprende tutte le attività di assistenza e cura al paziente
- Assistenza riabilitativa: intervento del fisioterapista limitato generalmente alla impostazione di schemi di posizionamento

5) Modulo BIA – Bassa intensità assistenziale

Caratteristiche utenza: accoglie anziani in condizione di non autosufficienza lieve che presentano un bisogno infermieristico basso e un profilo funzionale/cognitivo/comportamentale non particolarmente compromesso in almeno una o due attività di base della vita quotidiana (BADL), anche con presenza ricorrente dei deficits cognitivo lieve o moderato e /o lievi e moderati disturbi del comportamento, la cui situazione ambientale e familiare non consenta la definizione di un PAP domiciliare. I livelli di isogravità per questo profilo di bisogno vanno dall’1 al 3 con inadeguatezza ambientale e presenza di rete familiare molto bassa.

Art. 3.5 - Tipologia di ricovero

La tipologia del progetto residenziale avviene nell’ambito del percorso assistenziale, sulla base della valutazione multidimensionale da parte della Commissione UVM e della definizione conseguente del PAP.

Le procedure di inserimento si conformano ai principi di trasparenza, parità di accesso, appropriatezza, integrazione pubblico-privato, sostenibilità economica e rispetto dei vincoli di bilancio.

Il Progetto Residenziale prevede le seguenti tipologie di ricovero:

1. **Ricovero Permanente:** è subordinato alla definizione di un PAP di tipo residenziale, a seguito dell’accertamento di una condizione di elevato bisogno assistenziale e di

inadeguatezza ambientale che rende impossibile in via permanente un piano assistenziale domiciliare.

2. **Ricovero Temporaneo**: è finalizzato ad offrire alla persona assistita un inserimento residenziale programmato, in presenza di inadeguatezza ambientale transitoria o impossibilità temporanea della famiglia o del caregiver a garantire adeguata assistenza.
3. **Ricovero di Sollievo**: è finalizzato ad offrire alla famiglia l'opportunità di alleggerire, per un periodo determinato di tempo, lo stress e l'impegno di cura. Tale ricovero può essere disposto per un massimo di 60 giorni nell'arco di un anno (continuativi o frazionati).

Il Ricovero Temporaneo e il ricovero di Sollievo sono finalizzati alla promozione del rientro al proprio domicilio e, pertanto, vengono realizzate "Liste di Priorità" differenziate rispetto a quella prevista per il Ricovero Residenziale Permanente.

Gli inserimenti in RSA vengono disposti compatibilmente con le risorse di bilancio assegnate annualmente.

Il cittadino ricoverato a tempo indeterminato presso la struttura di ricovero, può acquisire la residenza anagrafica presso il Comune in cui ha sede la struttura. Rimane comunque a tutti gli effetti competente per ogni intervento, anche di natura economica, il comune di provenienza anagrafica al momento del ricovero (L.R.T. n. 41/2005, art. 6, comma 4).

Il **RICOVERO DI URGENZA** si attiva quando si verificano contestualmente le seguenti condizioni:

- A) Obbligo di tutela e protezione immediata dell'anziano in quanto:
 1. Persona priva di rete assistenziale
 2. Persona con solo coniuge ultraottantenne oppure con parenti di primo e/o di secondo grado ultraottantenni
 3. Persona con solo coniuge e/o con parenti di primo e/o di secondo grado affetti da gravi patologie certificate che impediscono l'assistenza, con invalidità civile del 100% e/o con certificazione L.104 art 3 comma 3
 4. irreperibilità del coniuge e dei parenti entro il primo e secondo grado

Il ricovero d'urgenza per gli anziani che non rientrano al punto A è consentito soltanto per le situazioni in cui viene identificato un rischio elevato per l'incolumità e la salute della persona (mancata assistenza, gravi maltrattamenti)

- B) particolare situazione di emergenza sociale in quanto l'anziano è incapace di provvedere a sé stesso e non può essere in alcun modo assistito al domicilio

Il ricovero di urgenza avrà precedenza su tutte le persone inserite nella lista di priorità ed ha carattere temporaneo.

Art. 3.6 - Ricovero in RSA nel Modulo Base

Per il ricovero in RSA nel Modulo Base, i servizi competenti comunicano alla persona assistita e/o ai suoi familiari e/o al legale rappresentante il suo diritto al "Titolo di Acquisto", ossia alla quota sanitaria giornaliera che la RSA percepisce come corrispettivo per i servizi sanitari erogati. Ogni cittadino ha la facoltà di scegliere la struttura residenziale tra quelle accreditate nel portale regionale dell'offerta residenziale toscana (consultabile al Link <http://www.regione.toscana.it/-/residenze-sanitarie-assistenziali>), sulla base del principio della "Libera Scelta" (D.G.R.T. n. 995/2016).

Prima dell'ingresso in struttura, l'ufficio amministrativo dell'Articolazione Territoriale Zonale rilascia al beneficiario o al suo legale rappresentante la "Comunicazione e autorizzazione per l'inserimento alla RSA scelta", che è il documento destinato alla RSA individuata dall'assistito, familiare e/o dal suo legale rappresentante, nel quale sono indicati il corrispettivo sanitario e sociale.

Se al momento dell'approvazione di un PAP residenziale nel Modulo Base non vi è disponibilità di "Titoli di Acquisto", la persona viene inserita nella "Lista di Priorità", come previsto dalla Procedura Aziendale recepita dalla Conferenza dei Sindaci Integrata.

In particolare non può essere adottato come criterio di esclusione di un assistito dalla lista di attesa/priorità per l'inserimento in struttura residenziale, la presenza di uno o più figli, di abitazione di proprietà, di reddito/ISEE elevato, ecc.

La valutazione della condizione economica dell'utente deve essere limitata a quanto necessario per la compilazione della scheda di calcolo dell'I.A.C.A. (sottoscheda Valutazione Economica di Base).

La capacità economica dell'utente pertanto non è prerequisito per l'accesso ad un percorso di tipo residenziale.

La mappa delle offerte assistenziali (Tabella 3 – DGR n. 370/2010) riconduce la RSA, come prestazione erogabile, ad una condizione di elevato bisogno assistenziale correlato con assoluta inadeguatezza ambientale.

La tenuta della Lista di Priorità, nonché la gestione e l'aggiornamento della stessa, è assegnata al Responsabile Unità Funzionale Servizi Sociali Non Autosufficienza e Disabilità, tramite i competenti uffici amministrativi della Zona Distretto.

L'aggiornamento della "Lista di Priorità" è continuo e avviene in conseguenza di:

- approvazione di uno o più PAP residenziale in sede di Commissione UVM;
- decesso di un beneficiario del "Titolo di Acquisto";
- rinuncia formale al "Titolo di Acquisto" e, conseguentemente, al PAP residenziale da parte di una persona assistita presente nella "Lista di Priorità";
- modifica di uno o più PAP residenziale in PAP domiciliare in sede di Commissione UVM;
- mancata comunicazione della scelta della RSA nei termini temporali previsti dalla DGRT. n. 995/2016;
- variazione del punteggio assegnato ad uno o più persone assistite, in seguito al cambiamento dello stato di bisogno e alla conseguente rivalutazione multidimensionale, con conferma del PAP a carattere residenziale.

Nel caso di rinuncia formale al progetto residenziale elaborato dalla Commissione UVM, la persona assistita viene cancellata dalla "Lista di Priorità".

Infine è necessario precisare che, come previsto dall'art. 12 della L.R. 66/2008, comma 3, "Nel caso di impossibilità di attivare le prestazioni assistenziali previste nel PAP entro il termine di cui all'articolo 11, comma 5, lettera e), la UVM assicura prestazioni di pari efficacia condivise con la famiglia e fissa entro novanta giorni il tempo massimo per attivare le prestazioni previste nel PAP"; nel caso di PAP residenziale deve essere mantenuto il diritto alla permanenza in lista di attesa per il ricovero definitivo. I ricoveri temporanei di sollievo e tutti gli inserimenti nei moduli specialistici sono finalizzati alla promozione della domiciliarità.

Dovranno pertanto essere previste liste di attesa differenziate rispetto alla RSA permanente e non potrà essere prevista alcuna soglia di sbarramento anche a fronte di erogazione di prestazione alternativa.

Art. 3.7 - Ricovero in RSA nei Moduli Specialistici

Per i **Moduli Motorio, Cognitivo, Stati Vegetativi, modulo BIA**, prima dell'ingresso in struttura, l'ufficio amministrativo della Z.D. Livornese rilascia alla persona assistita, familiare e/o al suo legale rappresentante la "Comunicazione e autorizzazione per l'inserimento in RSA", che è il documento destinato alla struttura, nel quale sono indicati il corrispettivo sanitario e sociale.

Se al momento dell'approvazione di un PAP residenziale nei moduli specialistici non vi è la disponibilità di quote sanitarie, la persona viene inserita nella "Lista di Attesa" presente per ciascun Modulo Specialistico.

Come il ricovero Temporaneo e di Sollievo, anche l'inserimento nei Moduli Specialistici, sono finalizzati alla promozione della domiciliarità.

La tenuta delle "Lista di Attesa", nonché la gestione e l'aggiornamento delle stesse, è assegnata al Responsabile Unità Funzionale Servizi Sociali Non Autosufficienza e Disabilità, tramite i competenti uffici amministrativi della Zona Distretto Livornese.

Sia per l'aggiornamento che per la tenuta delle "Liste di lista d'attesa " viene fatto riferimento al vigente regolamento "Ammissione RSA e Centri Diurni".

Nel caso di rinuncia formale al progetto residenziale elaborato dalla Commissione UVM, la persona assistita viene cancellata dalla "Lista di Priorità".

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) "Compartecipazione al costo dei servizi", "Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione," del presente Regolamento.

2) AREA DISABILITA'

1. Soggetti/Destinatari

I destinatari sono, sulla base della convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dal parlamento italiano con L. 18 del 3 marzo 2009, le *“persone che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri”*.

2. Finalità

La *Convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità* si prefigge, quale scopo principale, di promuovere, proteggere e garantire il pieno e uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità.

La finalità è quella di definire l'accesso ai servizi socio-sanitari rivolti alle persone con disabilità, nell'ottica di favorire e promuovere l'integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società, predisponendo un progetto personalizzato, che tenga conto della situazione e del contesto della persona.

Il percorso di presa in carico della persona con disabilità, dall'accesso alla realizzazione del Progetto di Vita è definito ed attuato secondo quanto contenuto nella Procedura Aziendale “La presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di Vita” .

3. Prestazioni

Come previsto dalla procedura aziendale, un volta effettuato l'accesso al percorso di presa in carico (attraverso i Punti Insieme, il PUA e il segretariato sociale), si accede alla fase successiva che è quella *valutativa*, finalizzata a definire il profilo di funzionamento della persona con disabilità, valutare i bisogni e le risorse disponibili per giungere alla definizione del **Progetto di vita**.

La fase valutativa, nella quale deve essere attivamente coinvolta la persona, la famiglia o chi ne cura gli interessi, è svolta dall'equipe multidisciplinare di zona, denominata **Unità Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD)**, stabile e dedicata, composta da tutte le professionalità sanitarie e sociali che operano nell'area della disabilità, nonché integrata dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta della persona e dai professionisti e specialisti individuati in funzione del bisogno prevalente o secondo quanto indicato dai percorsi specifici.

Possono altresì essere coinvolti dalla UVMD, referenti di altri soggetti/enti pubblici, privati e del privato sociale, che hanno un ruolo nel Progetto di vita della persona.

Il **Progetto di vita** è il documento che, a partire dal profilo funzionale della persona, dai bisogni e dalle legittime aspettative, e nel rispetto della propria autonomia e capacità di autodeterminazione, individua quale è il ventaglio di possibilità, servizi, supporti e sostegni, formali (istituzionali) e informali, che possono permettere alla stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter partecipare alla vita sociale, avere laddove possibile una vita indipendente e poter vivere in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri.

Le prestazioni e gli interventi erogati, limitatamente alla disponibilità delle risorse, a favore delle persone con disabilità possono essere così suddivisi:

1) Interventi di sostegno all'inclusione sociale, all'abilitazione/riabilitazione, all'autonomia:

- a) Sostegno socio-educativo scolastico;
- b) Assistenza educativa domiciliare (diretta e indiretta);
- c) Assistenza educativa territoriale (diretta e indiretta);
- d) Inserimento socio-terapeutico-riabilitativo in ambiente lavorativo;
- e) Contributo per abbattimento barriere architettoniche
- f) Trasporto sociale.

2) Interventi di sostegno alla domiciliarità:

- a) Assistenza alla persona in ambito domiciliare (Aiuto alla persona diretta - APD);
- b) Contributo assistenza alla persona in ambito domiciliare (Aiuto alla persona indiretta - API);
- c) ADI Disabilità e non autosufficienza
- d) Contributo gravissime disabilità;
- e) Contributo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare;
- f) Contributo SLA;
- h) Contributo Vita Indipendente Regionale
- i) Contributo per Vita Indipendente In Aut
- l) Contributo a favore di famiglie con Disabili (LR 73/2018)

3) Interventi di assistenza semiresidenziale e residenziale garantiti alle persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali a carattere intensivo, estensivo e di mantenimento previa valutazione multidimensionale, presa in carico e progetto personalizzato che definisca le modalità e la durata del trattamento:

- a) Struttura semiresidenziale per persone disabili;

- b) Comunità Alloggio Protetta (CAP);
- c) Struttura Residenziale Sanitario-assistenziale per disabili (RSD);
- d) Appartamento per il Durante e Dopo Noi.

3.1.a. - Sostegno socio-educativo scolastico

Il servizio è rivolto ad alunni con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92 (art. 3 comma 3 e articolo 3 comma 1). Il servizio ha lo scopo di favorire la frequenza e l'integrazione di alunni con disabilità e la loro partecipazione alle attività scolastiche supportandoli in un'ottica di continua sinergia con i docenti, la famiglia e il contesto sociale attraverso l'attivazione di una figura professionale in grado di mediare e rendere agevole la comunicazione, l'apprendimento, l'integrazione e la relazione.

L'assistenza specialistica per l'autonomia e/o la comunicazione si caratterizza per azioni nettamente orientate verso lo svolgimento di attività mirate al raggiungimento di obiettivi educativo-riabilitativi.

Esso scaturisce da una proposta formulata all'interno della definizione del Piano Educativo Individualizzato come previsto dalla normativa e approvata dalla competente equipe multiprofessionale nella logica dell'accomodamento ragionevole, sulla base degli obiettivi definiti e delle risorse disponibili.

Il servizio si può svolgere presso le scuole dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado e secondo grado (anche paritarie) ed è limitata alla durata dell'anno scolastico.

L'articolazione oraria deve rispettare l'orario ed il calendario scolastico.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) "Compartecipazione al costo dei servizi", "Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione," del presente Regolamento.

3.1.b. - Assistenza educativa domiciliare

Il servizio è rivolto a soggetti disabili, solitamente minori di età, in possesso della certificazione di handicap ai sensi della L. 104/92, non istituzionalizzati presso strutture sanitarie o socio assistenziali ed individuati dall'UVMD attraverso la definizione del Progetto di Vita.

Il Servizio consiste in prestazioni a carattere socio-educativo mirate a supportare nelle attività di studio e nell'acquisizione di autonomia e di competenze trasversali favorendone anche la socializzazione e l'inclusione sociale attraverso un'attività di mentoring nonché a sostenere i genitori nelle funzioni genitoriali e nel carico educativo assistenziale favorendo anche il miglioramento delle relazioni interpersonali.

Il servizio può essere effettuato direttamente da un educatore tramite servizio appaltato o tramite l'erogazione di un contributo economico finalizzato all'attivazione di personale di personale individuato direttamente dal soggetto disabile o dalla famiglia per il raggiungimento degli obiettivi di autonomia e socializzazione definiti dal Progetto Personalizzato elaborato dall'UVMD.

L'attivazione dell'intervento direttamente con la figura dell'educatore esclude la possibilità di erogare il contributo economico e viceversa.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) "Compartecipazione al costo dei servizi", "Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione," del presente Regolamento.

3.1.c. - Assistenza educativa territoriale

Il servizio è rivolto a soggetti disabili, prevalentemente minori, in possesso della certificazione di handicap ai sensi della L. 104/92 e mira a favorire la piena integrazione della persona in tutto il suo percorso di vita all'interno del contesto sociale, a stimolare il raggiungimento e mantenimento dell'autonomia partecipando alla rimozione o riduzione delle barriere socio-culturali-ambientali e ad offrire sostegno extrascolastico nell'ambito degli apprendimenti.

L'intervento educativo può svolgersi attraverso modalità individuali o di gruppo mirate a favorire la vita di relazione anche in collaborazione con risorse formali e informali del territorio finalizzate all'inserimento nei vari contesti di vita nell'ottica di un effettivo processo di inclusione sostenendo e supportando contemporaneamente le famiglie nella gestione delle problematiche relative alla disabilità con particolare riferimento allo sviluppo di competenze educative adeguate e opportune alla gestione delle criticità e dei comportamenti-problema.

Il servizio può essere effettuato direttamente da un educatore individuato dal servizio pubblico o tramite l'erogazione di un contributo economico finalizzato all'attivazione di personale individuato direttamente dal soggetto disabile o dalla famiglia per il raggiungimento degli obiettivi definiti dal Progetto Personalizzato elaborato dall'UVMD.

L'attivazione dell'intervento direttamente con la figura dell'educatore esclude la possibilità di erogare il contributo e viceversa.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) "Compartecipazione al costo dei servizi", "Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione," del presente Regolamento.

3.1.d. - Inserimento socio-terapeutico in ambiente lavorativo

Si tratta di interventi mirati a incentivare l'inserimento e il reinserimento lavorativo di soggetti disabili o a rischio di emarginazione.

L'inserimento lavorativo socio-terapeutico occupazionale si configura come un'esperienza simil-lavorativa utile a rafforzare l'autonomia personale e sociale, sviluppare competenze interpersonali, abilità e interessi nonché sviluppare abilità lavorative propedeutiche ad un vero e proprio inserimento.

Possono accedere agli inserimenti a valenza socio-terapeutico le persone in possesso della certificazione di handicap ai sensi della L. 104/1992, individuate dall' UVMD ed in età compresa tra i 18-64 anni.

Gli inserimenti socio-terapeutici sono finalizzati a sostenere il percorso di integrazione sociale, promuovere l'abilitazione, il mantenimento o la riabilitazione delle capacità residue ed il raggiungimento di autonomie personali.

Vengono effettuati presso Aziende, Ditte, Imprese, Associazioni di Volontariato, Cooperative sociali ed Enti pubblici che si rendano disponibili all'accoglienza della persona e con le quali viene stipulata un'apposita convenzione per anno solare rinnovabile su progetto individualizzato.

A favore della persona inserita è attivata un'assicurazione INAIL e una polizza RC per eventuali danni a terzi, entrambe a carico del Comune di Livorno.

L'attività richiesta non potrà essere superiore a 20 ore settimanali e la posizione giuridica del soggetto inserito non è quella di lavoratore, pertanto l'inserimento non conferisce al soggetto diritti né di ordine economico né di ordine giuridico nei confronti dell'Ente di accoglienza.

È prevista la possibilità di erogare un contributo forfettario mensile a titolo di compenso motivazionale il cui importo massimo sarà stabilito con successivo e separato atto.

3.1.e. - Contributo per abbattimento barriere architettoniche e adattamento domestico

Tale tipo di prestazione è disciplinato dalla Delibera GRT n. 1446 del 17/12/2018 che ne stabilisce le modalità di accesso.

L'accesso al beneficio scaturisce in seguito all'avvenuto sopralluogo presso il domicilio della persona da parte di professionisti esperti di accessibilità, che effettuano una consulenza per l'adattamento domestico, e alla valutazione da parte dell'UVMD, sulla base delle schede allegate alla Delibera GRT n. 1055/2021 (Allegato E), che definisce un eventuale contributo economico per il sostegno alla realizzazione degli interventi di adattamento domestico.

I criteri di accesso sono i seguenti:

- intervento sull'abitazione presso la quale la persona con disabilità è residente o dichiara di avere in corso la procedura di richiesta di residenza, nella medesima zona distretto;

- non essere stato beneficiario del medesimo contributo negli ultimi 3 anni;
- non essere stato beneficiario di analogo contributo pubblico per gli stessi interventi e, nel caso, di dichiarare la rinuncia a uno di questi.

L'ammontare del contributo è stabilito nella quota massima pari a €. 5.000,00, indipendentemente dal numero, dalla tipologia degli interventi e dalla spesa prevista ed è modulato in relazione alla fascia ISEE, come indicato nella tabella riportata all'interno di suddetta Delibera.

3.1.f. - Trasporto Sociale

Il trasporto sociale è teso a soddisfare il bisogno di mobilità espressi da persone in situazioni di fragilità o handicap accertato ai sensi della L. 104/92.

È finalizzato prioritariamente a garantire l'accesso ai centri diurni per persone con disabilità, ai centri di socializzazione, alle scuole (laddove ciò non possa essere garantito dalla famiglia o dai servizi comunali deputati al diritto allo studio) e comunque nel limite delle risorse a disposizione,

3.2.a. - Assistenza alla persona in ambito domiciliare

I destinatari degli interventi sono le persone con disabilità, individuate dall'UVMD sulla base della definizione del Progetto Personalizzato, in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale e in possesso della certificazione di handicap in situazione di gravità come definite dalla L. 104/92 (Art. 3 comma 3), in età compresa fra 0 e 64 anni, non istituzionalizzati presso strutture sanitarie, socio sanitarie o socio assistenziali e non titolari di altri interventi o contributi economici erogati con le medesime finalità di sostegno alla permanenza al domicilio della persona.

Consiste in prestazioni rivolte a persone con ridotta autonomia, o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona e di aiuto nella gestione della propria abitazione.

L'intervento viene svolto da personale qualificato (OSS o ADB) ed ha carattere socio-assistenziale in quanto finalizzato a sviluppare le capacità, l'autonomia e a favorire una migliore inclusione sociale nonché a favorire la permanenza di persone disabili presso il proprio domicilio, evitando l'accesso a strutture residenziali, limitando l'accesso alle strutture semiresidenziali e, quando possibile, all'ospedalizzazione.

Con il compimento del 65esimo anno, al fine di garantire la continuità del progetto assistenziale in atto, sarà preventivamente definito il passaggio di competenza dall' Area Disabilità all' Area Non Autosufficienza.

Per tale tipo di intervento è previsto, nel caso di soggetti adulti, il calcolo di una quota di compartecipazione al costo della prestazione calcolata sulla base del valore dell'attestazione dell'ISEE ristretto in assenza del quale verrà attribuita la quota massima di compartecipazione.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) "Compartecipazione al costo dei servizi", "Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione," del presente Regolamento.

3.2.b. - Contributi per assistenza alla persona in ambito domiciliare

I destinatari di suddetto intervento sono le persone disabili individuate dall'UVMD nella definizione del Progetto Personalizzato e riconosciute in condizione di gravità ai sensi della L. 104/92 (art. 3 comma 3) per le quali è opportuno attivare supporti domiciliari in forma indiretta o tramite titoli per l'acquisto di servizi. L'intervento deve essere effettuato da un'assistente familiare accreditata e assunta tramite regolare contratto e consiste in prestazioni professionali quali igiene alla persona, mobilizzazione, bagno assistito oltre ad eventualmente attività afferenti all'assistenza domestica. L'ammontare del contributo verrà calcolato sulla base del bisogno valutato dall'UVMD e tenendo conto del valore dell'attestazione dell'ISEE ristretto

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) "Compartecipazione al costo dei servizi", "Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione," del presente Regolamento.

3.2.c. ADI disabilità e non autosufficienza

L'assistenza domiciliare integrata attivabile dai medici di medicina generale o all'atto della dimissione ospedaliera.

Il servizio è attivato tramite gli uffici preposti della Z.D. Livornese, dandone comunicazione all'interessato ed è erogato attraverso personale infermieristico e operatori socio sanitari, avvalendosi laddove esternalizzato anche di soggetti affidatari del servizio.

3.2.d. - Contributo gravissime disabilità

Tale tipologia di intervento è dedicata alla persona con disabilità gravissima definita, ai sensi della Delibera GRT n. 664/2017 e ss.mm.ii., quale persona beneficiaria dell'indennità di accompagnamento (di cui alla legge 11 febbraio 1980 n.18) o comunque definita non

autosufficiente ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159/2013 e per le quali si è verificata almeno una delle condizioni espressamente citate nel dettato normativo.

La valutazione della condizione di disabilità gravissima viene accertata dall'UVMD sulla base delle scale previste dalla suddetta Delibera e ss.mm.ii.

Obiettivo primario dell'intervento è dare un sostegno alla permanenza a domicilio della persona con disabilità gravissima, laddove possibile, promuovendo un percorso di presa in carico globale centrato sulla persona e sui familiari.

In relazione alla definizione di un progetto per la permanenza al proprio domicilio, possono essere previste le seguenti tipologie di interventi:

- l'erogazione di un contributo economico finalizzato all'assunzione di un Assistente Personale accreditata e con regolare contratto di lavoro;
- assistenza domiciliare diretta (in termini di ore di assistenza alla persona e supporto alla famiglia);
- ricoveri di sollievo in strutture socio-sanitarie nella misura in cui esse siano complementari al percorso domiciliare.

Nel caso di persona minore di età, il contributo economico è da intendersi nei termini di **assegno di cura**, quando finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza.

Al raggiungimento della maggiore età, l'assegno di cura deve essere trasformato a favore dell'attivazione di una delle tipologie di intervento sopra riportate.

La soglia di reddito per l'ammissibilità al contributo economico, è stata commisurata pari ad un valore ISEE non superiore a 60.000 euro.

Gli interventi economici previsti, che vanno da un minimo di 800 euro ad un massimo di 1.200 euro, in relazione al livello di complessità assistenziale, non sono sostitutivi o compensativi, ma aggiuntivi e complementari quelli sanitari e non sono compatibili con altri contributi economici erogati con la medesima finalità di sostegno alla permanenza a domicilio della persona con disabilità gravissima.

La quantificazione del fabbisogno di assistenza personale e la relativa modulazione del contributo economico, avviene in sede di UVMD, cui spetta comunque la valutazione finale tenuto anche conto di altre tipologie di servizi e di prestazione già presenti all'interno del Progetto Individualizzato.

In caso di ricovero della persona in una struttura sanitaria o socio-sanitaria, l'erogazione del contributo è sospesa. Può essere fatta eccezione per i ricoveri di breve periodo comunque non superiori a 60 giorni.

Il contributo è erogato sulla base delle risorse effettivamente disponibili.

3.2.e. - Contributo per il sostegno del ruolo di cura e assistenza del care giver familiare

L'obiettivo primario di tale tipologia di contributo, così come definito nella Delibera GRT n. 212/2021 e sue ss.mm.ii., è dare **sostegno e sollievo al ruolo di cura e assistenza del care giver familiare** migliorando la qualità di vita e promuovendo un percorso di presa in carico globale, centrato sulla persona e sui familiari.

Il destinatario di tale intervento è il care giver familiare inteso, ai sensi della L. 205/2017, come *“la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18”*.

La Delibera Regionale definisce quali **priorità agli interventi** nei confronti di:

1) care giver di persone in condizione di disabilità gravissima definite come *“Persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla Legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del DPCM n. 159 del 2013, e per le quali sia verificata **almeno una** almeno una delle condizioni espressamente citate nel dettato normativo;*

2) care giver di coloro che non hanno avuto accesso alle strutture residenziali a causa delle disposizioni normative emergenziali correlate alla pandemia in atto (corredata da idonea documentazione);

3) programmi di accompagnamento finalizzati alla de-istituzionalizzazione e al ricongiungimento del care giver con la persona assistita.

Il care giver familiare può rivolgersi agli appositi punti di accesso ai servizi sociosanitari territoriali per richiedere la presa in carico e la valutazione della persona con disabilità che verrà effettuata dall'UVMD tenendo conto delle condizioni cliniche e del bisogno della persona nonché del livello di carico assistenziale/stress del care giver familiare.

L'UVMD definisce il **Progetto di Vita** per la persona con disabilità, e tenuto conto delle risorse disponibili e dei criteri definiti dalla Delibera, può assegnare un assegno **di cura** per il sostegno al ruolo del **care giver pari a euro 400,00 mensili** con il quale lo stesso si assume in proprio l'onere dell'assistenza alla persona con disabilità con l'obiettivo di supportare l'attività di cura e assistenza alla persona presso il proprio domicilio. Non rientrano in tale ambito di finanziamento gli interventi a persone ricoverate in strutture residenziali con l'unica eccezione per la permanenza della

persona in una struttura sanitaria o sociosanitaria residenziale per periodi non superiori a 60 giorni di ricovero durante il quale il contributo è sospeso.

Tali interventi economici non sono sostitutivi o compensativi, ma **aggiuntivi** e complementari agli accessi a domicilio di personale sanitario (medici specialisti, terapisti, infermieri, OSS) e **sono compatibili** con altri contributi economici o servizi erogati con le medesime finalità di sostegno alla permanenza al domicilio della persona con disabilità, compresa la frequenza di un'attività di tipo semiresidenziale.

In presenza di altri contributi, la somma di euro 400,00 può essere ridotta, in quanto la sommatoria di tutti i contributi non può superare l'ammontare massimo pari a 1.200,00 euro mensili.

Quando trattasi di persona minorenni disabile gravissima, già beneficiaria di un *assegno di cura* finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza, la sommatoria di tutti i contributi non può superare l'ammontare massimo pari a 1.000,00 euro mensili.

Il contributo economico è subordinato alla presentazione di **dichiarazione** da parte del caregiver relativamente all'attività di cura del congiunto e alla conseguente ridotta capacità lavorativa.

Il contributo è erogato sulla base delle risorse effettivamente disponibili.

3.2.f. - Contributo SLA

Tale tipologia di contributi è disciplinata con Delibera della GRT n. 721/2009 e successiva Delibera GRT n. 1053/2011.

I destinatari delle prestazioni sono le persone affette da SLA e da malattie dei motoneuroni che si trovino nella fase avanzata della malattia, valutata dall'UVMD secondo i criteri individuati dal Consiglio Sanitario Regionale della Toscana (e riportati nell'Allegato A della DGRT 721/09 ss.mm.ii.) e che siano assistite presso il proprio domicilio.

In tal caso è prevista l'erogazione di un assegno di cura mensile, il cui attuale importo ammonta al massimo a 1.650,00 euro, destinato a sostenere la spesa per l'assunzione con regolare contratto di lavoro di uno o più assistenti familiari (esterni alla rete familiare) e/o all'assunzione del familiare caregiver per lo svolgimento di attività di aiuto e supporto alla persona.

L'erogazione dell'assegno di cura è assicurato anche in caso di ricovero della persona assistita presso strutture sanitarie o socio-sanitarie purché non si protragga oltre 60 giorni.

Per l'erogazione di tale tipologia di contributo non è previsto la valutazione del valore ISEE.

3.2.g. Contributo per finanziamento Progetti di Vita Indipendente

Secondo quanto previsto dalla Delibera GRT n. 1329/2015 e ss.mm.ii. si tratta di interventi volti ad assicurare la vita indipendente e l'inclusione nella società della persona con disabilità la quale

deve possedere la capacità autodeterminarsi e di esprimere direttamente o attraverso un amministratore di sostegno la propria volontà, avere un'età superiore ai 18 anni ed essere in possesso della certificazione di handicap in situazione di gravità ai sensi dell'art 3 comma 3 della legge n. 104/92.

Possono accedere ai finanziamenti per i Progetti di Vita Indipendente le persone disabili che, attraverso la presentazione del Progetto redatto su apposita modulistica e indirizzato alla Zona Distretto Livornese, manifestino la volontà di realizzare un personale progetto di vita orientato al completamento del percorso di studi, alla formazione universitaria o professionale per l'inserimento socio-lavorativo, alla valorizzazione delle proprie capacità funzionali nel contesto lavorativo, nell'agire sociale, attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane compreso l'esercizio delle responsabilità genitoriali.

Laddove non permangano, oltre il 65° anno di età, le condizioni, i requisiti e gli obiettivi di continuità del progetto, di cambiamento e/o di evoluzione indicato nel Progetto di Vita Indipendente, la UVMD indirizzerà la persona disabile verso interventi appropriati alle mutate condizioni di bisogno.

In relazione agli obiettivi del progetto individuale, viene concesso un contributo con cadenza mensile compreso tra un minimo di 800 ed un massimo di 1.800 euro con il quale il soggetto deve provvedere all'individuazione di un'assistente personale ricorrendo a:

- personale privato scelto dallo stesso e con il quale instaurare regolare contratto di lavoro;
- personale di cooperative sociali o di associazioni accreditate/convenzionate con l'Azienda USL o l'Amministrazione Comunale con il quale la persona intrattiene un rapporto contrattuale diretto;
- agenzie per il lavoro autorizzate alla somministrazione, selezione e intermediazione di lavoro.

Sono altresì previste altre forme di contributo di Vita Indipendente erogabili sulla base di Bandi Regionali.

Per l'erogazione di tale tipologia di contributo non è previsto la valutazione del valore ISEE.

3.2. h. - Contributo IN AUT

Erogazione contributo finalizzato ad assunzione di assistente alla persona, per favorire l'indipendenza della persona con disabilità grave (L.104/92 art. 3, comma 3), al quale si accede su domanda dell'interessato in base alle risorse disponibili. Il contributo afferisce al bando Giovani Sì e, pur essendo aperto a tutti gli adulti, è prioritariamente rivolto a persone in giovane età (premierità di punteggio per i richiedenti più giovani).

Attivazione del servizio

L'Azienda USL, previa verifica della lista di priorità, attiva il contributo, dandone comunicazione all'aggiudicatario e all'assistente sociale di riferimento.

Modalità di erogazione

L'erogazione del contributo è effettuata dal servizio amministrativo USL della Zona Distretto Livornese

Modalità di gestione

L'Azienda USL gestisce l'erogazione del contributo e la lista delle priorità.

3.2.i. - Contributo a favore di famiglie con disabili

Contributo annuale per le famiglie con figli disabili minori di 18 anni, con l'obiettivo di sostenere le persone che vivono particolari situazioni di disagio. Il contributo spetta per ogni minore disabile in presenza di un'accertata condizione di disabilità grave (articolo 3, comma 3, L. 104/1992).

Attivazione del servizio

L'attivazione avviene su domanda del cittadino, previa istruttoria da parte del Comune di Livorno che trasmette la documentazione alla Regione Toscana tramite apposita piattaforma

Modalità di erogazione

L'erogazione del contributo avviene da parte di regione Toscana direttamente alla famiglia avente diritto.

Modalità di gestione

Il Comune di Livorno si occupa di ricevere la domanda da parte del cittadino, avviare l'istruttoria e comunicare l'esito alla Regione Toscana.

3.3.a. - Struttura semi residenziale per persone disabili

I destinatari del servizio, in base al DPGRT n. 12/R del del 2021, sono le persone con disabilità psico-fisica o plurima in età compresa tra i 18 e i 65 anni che necessitano di interventi integrati di carattere educativo/abilitativo erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità finalizzati al mantenimento e lo sviluppo delle capacità residue e dei livelli di autonomia raggiunti.

È ammessa la frequenza di suddetta struttura oltre il 65° anno solo nel caso in cui il Progetto di Vita elaborato dall'UVMD ne individui tempi ed obiettivi.

L'inserimento in tale tipologia di struttura prevede la definizione dell'entità di compartecipazione ai costi da parte del soggetto sulla base del valore dell'ISEE ristretto per una quota massima pari al 30% del costo complessivo.

La mancata presentazione dell'attestazione ISEE comporta il pagamento dell'intera quota percentuale sopra definita.

La compartecipazione della persona alla prestazione agevolata sarà applicata a partire dalla data di ingresso della stessa presso la struttura individuata.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) “Compartecipazione al costo dei servizi”, “Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione,” del presente Regolamento.

3.3.b. - Comunità Alloggio Protetta (CAP)

Si tratta di una struttura a carattere comunitario, ad alta integrazione socio-sanitaria, adibita all'accoglienza di persone adulte disabili in stato di dipendenza e prevalentemente non in situazione di gravità ai sensi della L. 104/92.

Ai sensi del DPGRT n. 12/R del 22/03/2021, le persone accolte devono avere un'età compresa tra i 18 e i 64 anni e possono essere:

- a) persone disabili prevalentemente non in situazione di gravità, con disabilità stabilizzata e riconoscimento di situazione di handicap che, al termine del percorso assistenziale riabilitativo non sono in grado di rientrare al proprio domicilio e che necessitano di assistenza temporanea o continuativa volta a supportare le parziali capacità di autonomia e di autogestione, relazionali, sociali e di inserimento lavorativo;
- b) persone con disabilità grave, non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive del sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale nonché in vista del venir meno dello stesso.

È ammessa la frequenza di suddetto servizio oltre il 65° anno solo nel caso in cui il Progetto di Vita elaborato dall'UVMD ne individui tempi ed obiettivi.

E' previsto il versamento di una quota di compartecipazione al costo della prestazione il cui calcolo verrà effettuato tenendo conto del valore dell'ISEE socio sanitario la cui mancata presentazione, nel caso in cui la persona decida di non essere sottoposta alla valutazione della propria situazione economica, comporterà l'applicazione della quota massima di compartecipazione pari al 60% del costo complessivo.

La compartecipazione della persona alla prestazione agevolata sarà applicata a partire dalla data di ingresso della stessa presso la struttura.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) “Compartecipazione al costo dei servizi”, “Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione,” del presente Regolamento.

3.3.c. - Struttura Residenziale Sanitario-assistenziale per disabili (RSD)

Si tratta di una struttura residenziale ad alta intensità assistenziale e integrazione socio-sanitaria dedicata a persone con disabilità stabilizzata, prevalentemente riconosciute in condizioni di gravità ai sensi della L. 104/92 art. 3 comma 3, non assistibili al domicilio e che necessitano di una risposta continuativa residenziale tesa a mantenere i livelli di autonomia raggiunti e a garantire adeguato intervento socio-sanitario di riabilitazione estensiva.

Le persone accolte devono avere, sulla base delle disposizioni del DPGRT n. 12/R del 2021, un'età compresa tra i 18 e i 65 anni con possibilità di accogliere anche adolescenti in situazione di gravità. È ammessa la permanenza presso suddetta struttura oltre il 65° anno solo nel caso in cui il Progetto di Vita elaborato dall'UVMD ne individui tempi ed obiettivi.

È un servizio residenziale per disabili con limitazioni di autonomia nella cui valutazione multidimensionale risulti comunque inequivocabile l'impossibilità di garantire l'assistenza domiciliare o l'inserimento in altra struttura per disabili.

La struttura è finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenza e recupero funzionale nonché a perseguire una migliore capacità di gestione della vita quotidiana e un miglioramento/mantenimento delle abilità residue della persona accolta.

A favore della persona inserita in tale tipologia di struttura e in base alla valutazione effettuata in UVMD che ne individua modalità e tempi, possono essere erogate prestazioni di carattere intensivo o estensivo:

- le prestazioni di tipo intensivo sono rivolte a persone con disabilità in condizioni di stabilità clinica che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore;
- le prestazioni di tipo estensivo sono rivolte a persone con disabilità caratterizzata da potenzialità di recupero funzionale che richiedono un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore.

In entrambi i casi è previsto il versamento di una quota di compartecipazione al costo della prestazione, distinta tra intensiva ed estensiva, il cui calcolo verrà effettuato tenendo conto del valore dell'ISEE ristretto.

La mancata presentazione dell'ISEE, nel caso in cui la persona decida di non essere sottoposta alla valutazione della propria situazione economica, comporterà l'applicazione della quota massima di compartecipazione così come previsto dal DPCM 12/01/2017 e dalla Delibera GRT n. 1119/2021.

La compartecipazione della persona alla prestazione agevolata sarà applicata a partire dalla data di ingresso della stessa presso la struttura.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) “Compartecipazione al costo dei servizi”, “Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione,” del presente Regolamento.

3.3.f. - Appartamento per il Durante e Dopo Noi

Si tratta di appartamenti, disciplinati dal DPGR n. 2/r del 2018 e ss.mm.ii., connotati come struttura residenziale continuativa, a bassa intensità assistenziale, finalizzata alla coabitazione nonché a favorire l'autonomia di persone disabili.

L'accesso è consentito a persone in età compresa tra i 18 e i 64 anni affetti da disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità, prive del sostegno familiare in quanto mancanti di entrambi i genitori o perché gli stessi non sono in grado di fornire l'adeguato sostegno genitoriale, nonché in vista del venir meno dello stesso, per le quali l'UVMD ritiene possibile l'adozione di appositi progetti personalizzati improntati sul raggiungimento di una maggiore autonomia e per le quali le eventuali gravi disabilità consentono di intraprendere uno specifico percorso formativo o lavorativo.

E' ammessa la permanenza oltre i 65 anni di età ove possibile, solo nel caso in cui il Piano di Assistenza Personalizzato (PAP) ne individui tempi e gli obiettivi.

Gli appartamenti hanno una capienza massima di 5 persone, rispondono ai requisiti abitativi prescritti dalle normative vigenti statali e regionali in vigore per le civili abitazioni e sono ubicati in luoghi abitati, non isolati, facilmente raggiungibili al fine da garantire la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio.

Agli ospiti della struttura viene assicurata assistenza anche notturna attraverso la presenza in servizio di operatori o tramite monitoraggio a distanza che garantisca comunque un tempestivo intervento in relazione al bisogno assistenziale degli ospiti.

La compartecipazione prevista per l'inserimento nel Progetto Durante e Dopo di Noi con trattamenti socio-riabilitativi, di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità per disabili, in condizione di gravità, che richiedono impegno assistenziale e tutelare stabilito sulla base del progetto assistenziale personalizzato, ovvero la retta giornaliera, sarà a carico del SSR al 40% e al 60% a carico dell'Ente Locale.

Per quanto concerne la modalità di compartecipazione al costo della prestazione si rimanda alla lettera G) “Compartecipazione al costo dei servizi”, “Criteri Generali – Principi ed obiettivi – Finalità e campo di applicazione,” del presente Regolamento.

DISPOSIZIONI FINALI

Sistema informativo degli assistiti e delle prestazioni

Ai fini della costituzione di un efficace sistema informativo degli assistiti e delle prestazioni erogate, le varie fasi dell'iter di accesso, di presa in carico e di erogazione degli interventi, sono trattate mediante le relative procedure informatiche attive, che si uniformeranno tramite il progetto regionale ASTER CLOUD.

Ricorsi e reclami

In materia di tutela dei cittadini-utenti si applicano le disposizioni dei regolamenti interni di 'tutela', da elaborare a cura della Zona distretto Livornese (Nota: le zone distretto possono avvalersi dei regolamenti già prodotti dall'Azienda UsI Toscana Nord Ovest, recependoli formalmente).

Tutela e trattamento dei dati personali.

Il trattamento dei dati personali deve avvenire nel rispetto ed in ottemperanza della normativa vigente, ovvero del Regolamento UE 2016/679 e secondo specifica regolamentazione interna alla Zona distretto (Nota: le zone distretto possono avvalersi dei regolamenti già prodotti dall'Azienda UsI Toscana Nord Ovest, recependoli formalmente).

Tipologia dei controlli

Possiamo identificare due tipologie di controlli:

- 1) al fine di monitorare la corretta applicazione del presente Regolamento di accesso ai servizi, le Zone distretto/Società della Salute attiveranno un sistema di indicatori, quali ad esempio:
 - n. reclami ricevuti (attinenti alla gestione delle attività normate con il presente regolamento)
 - n. utenti in lista d'attesa (per ogni area d'intervento);
- 2) i controlli che dovranno essere effettuati nell'ambito delle varie tipologie di certificazioni rilasciate dai cittadini-utenti, al fine dell'erogazione dei servizi.

Modalità di svolgimento dei controlli

I controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate dai cittadini-utenti saranno effettuati a campione a cura degli uffici amministrativi competenti (ogni Zona Distretto definisce la percentuale del campione e l'ufficio amministrativo addetto al controllo stesso). Nei casi di errori nella compilazione delle domande, ogni qualvolta sia evidente la buona fede del dichiarante, la Zona Distretto richiederà la rettifica e/o l'integrazione; qualora invece si accerti il rilascio di dichiarazioni non veritiere, il dichiarante, oltre ad incorrere nelle sanzioni penali previste dalle legge vigenti è

tenuto alla restituzione delle somme indebitamente percepite, oltre agli interessi ed alle relative spese. L'interessato perderà inoltre il diritto alle prestazioni.

Adempimenti conseguenti all'attività dei controlli

In caso di esito negativo del controllo, il Responsabile di Zona dovrà attivare le conseguenti azioni di miglioramento, in conformità alla normativa in tema di autocertificazioni mendaci (DPR 445/2000) ed attivando al proprio interno eventuali azioni di miglioramento organizzative.

Entrata in vigore. Validità ed efficacia.

Il presente regolamento entra in vigore a decorrere dall'esecutività della deliberazione della Conferenza dei Sindaci Integrata di approvazione.

La completa efficacia del presente regolamento, fatti salvi gli articoli che già trovano attuale applicazione, è prevista a decorrere dal 01/01/2024.

Per quanto non previsto dal presente regolamento, si rinvia alle norme comunitarie, statali, regionali e comunali vigenti in materia di sistema integrato di interventi sociali e socio-sanitari.

Norme transitorie

Nelle more della piena attuazione ed efficacia del presente regolamento di cui alla disposizione precedente, si applicano le disposizioni normative, regolamentari e amministrative di riferimento, con particolare riferimento alla vigente Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria.

Eventuali Allegati:

Allegato: Carta dei Servizi

Allegato: Modulistica

ecc.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- D. Lgs. 502/1992 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e ss.mm.ii.
- Legge 328/2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- Legge 9 gennaio 2004, n. 6 "Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali"

- DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”
- DPCM LEA del 12 gennaio 2017 “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del D.Lgs. 502/1992*”, di aggiornamento del precedente DPCM 29 novembre 2001
- Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40, e ss.mm.ii. (Disciplina del servizio sanitario regionale)
- Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 41, e ss.mm.ii. (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)
- Legge Regionale 18 dicembre 2008, n. 66, e ss.mm.ii. (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza)
- Legge Regionale 4 marzo 2020, n. 18 “Disposizioni per la promozione della figura dell’amministratore di sostegno di cui alla Legge 9 gennaio 2004, n. 6”
- Legge regionale 22 luglio 2020, n. 65 (Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano)
- Legge Regionale 28 dicembre 2009, n. 82 “*Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato*”
- Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (PSSIR), adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 73 del 9 ottobre 2019
- Decreto del Presidente della Giunta regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R *Regolamento di attuazione dell’articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)*
- Decreto del Presidente della Giunta regionale 11 agosto 2020, n. 86/R *Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) in materia di requisiti e procedure di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato*
- DGRT n. 245 del 15 marzo 2021 “*Articolo 3, commi 5 e 6 della l.r. 82/2009: approvazione dei requisiti specifici delle strutture residenziali, semiresidenziali e dei servizi per l’assistenza domiciliare ai fini dell’accreditamento e degli indicatori per la verifica dell’attività svolta e dei risultati raggiunti*”
- DGR n. 573 del 29/05/2017 “*Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale*”
- DGR n. 1076 dell’01/10/2018 “*Indicazioni per la programmazione operativa annuale 2019 Sds/zone distretto*”
- DGR n. 269 del 04/03/2019 “*Governance delle Reti territoriali*”

- DGR n. 1339 del 04/11/2019 *“Integrazione alla DGRT 573/2017 Linee guida del piano integrato di salute (PIS) e del piano di inclusione zonale (PIZ), adeguamento al nuovo PSSIR 2018-2020”*
- DGR n. 273 del 02/03/2020 *“Determinazioni in merito alle azioni per l’attuazione del PSSIR 2018-2020”*
- DGR n. 385 del 23/03/2020 *“DGR 1339/2019 - Proroga termine per approvazione da parte di società della salute e zone distretto del Piano integrato di salute, Piano di inclusione zonale, Profilo di salute e Programma operativo annuale”*
- DGR n. 843 del 02/08/2021 *“Percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente: revisione del modello attuale al fine del miglioramento qualitativo, dell’appropriatezza e della costituzione di un sistema integrato multilivello. Attivazione di un Tavolo Tecnico di confronto”*

Area Non Autosufficienza:

- DPCM 21 novembre 2019 Piano nazionale per la non autosufficienza 2019-2021
- DPCM 3 ottobre 2022 Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022 -2024
- DGR n. 370 del 22 marzo 2010 (Approvazione del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente")
- Decreto Dirigenziale 25 marzo 2010, n. 1354 (DGRT n. 370/2010: approvazione delle nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, in sostituzione delle procedure valutative approvate con Deliberazione di Consiglio Regionale n. 214 del 02/07/1991)
- Decreto Dirigenziale 16 aprile 2010, n. 1759 (Decreto n. 1354 del 25 marzo 2010. Modifica Allegato A)
- Decreto Dirigenziale 21 maggio 2012, n. 2259 (Approvazione nuove schede di valutazione sociale e infermieristica, in sostituzione delle medesime schede approvate con decreto dirigenziale n. 1354/2010 e s.m.i.)
- DGR n. 995 dell’ 11 ottobre 2016 *“Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015”*
- DGR n. 618 del 18/05/2020 *“Approvazione, ai sensi dell’articolo 1, comma 3, del DPCM 21 novembre 2019, del Piano regionale per la non autosufficienza – triennio 2019-2021”*Area Disabilità

- DGR n.256 del 13/03/2023”Approvazione, ai sensi dell’art. 1, comma 3, del DPCM 3/10/2022 del Piano Regionale per la Non Autosufficienza “ Triennio 2022 -2024

Area Disabilità

- Legge n. 104/1992 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”
- Legge n. 112/2016 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”
- Decreto Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 “Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap”
- Legge n. 18/2009 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”
- Primo Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica del 4 ottobre 2013
- Secondo Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica del 12 ottobre 2017
- Decreto attuativo interministeriale “Dopo di Noi” del 23/11/2016 che fissa i requisiti per l’accesso alle prestazioni a carico dell’apposito Fondo istituito dalla Legge 112/2016 e stabilisce la ripartizione tra le Regioni delle risorse per l’anno 2016
- Decreto legislativo n. 66/2017 “Norme per la promozione dell’inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell’articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107” e ss.mm.ii.
- Legge Regionale n. 60/2017 “Disposizioni; generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità”
- Programma Regionale di Sviluppo (PRS) 2016-2020 approvato con risoluzione del Consiglio Regionale n. 47 del 15 marzo 2017
- DGR n. 1329 del 19/12/2015 “Approvazione nuovo Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente” (modificata con DGR 1472 del 17/12/2018)
- DGR n. 664 del 19/06/2017 “Approvazione nuove Linee di indirizzo per l’utilizzo del FNA destinato alle disabilità gravissime e assegnazione risorse” (modificata con DGR 1289 del 21/10/2019)
- DGR n. 1449 del 19/12/2017 “*Percorso di attuazione del modello regionale di Presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di vita*”

- DGR n. 1339 del 03/12/2018 “Preso in carico delle persone con disordine dello sviluppo intellettivo di origine genetica: linee di indirizzo clinico organizzative – Approvazione”
- DGR n. 1642 del 23/12/2019 “Il modello regionale del percorso di presa in carico della persona con disabilità. Approvazione documento in attuazione della DGR 1449/2017”
- DGR n. 814 del 29/06/2020 Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021: Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente. Approvazione documento e prenotazione risorse. (modificata con DGR n. 1178 del 25/08/2020)
- DGR n. 1055 del 11/10/2021 “Il modello regionale del Percorso di presa in carico della persona con disabilità: approvazione strumenti, procedure e metodologie, in attuazione della DGR 1449/2017”
- Legge 22/12/2021 n. 227 “Delega al Governo in materia di disabilità”
- DGR n. 117 del 07/02/2022 Linee di indirizzo per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le Non Autosufficienze destinato alle disabilità gravissime” e “Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di vita indipendente”- Modifiche DGR 1118/2021 e DGR 1338/2021.