

REGOLAMENTO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI
AREA NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ
ZONA – DISTRETTO VERSILIA

LISTA DEGLI ACRONIMI

ACOT	Agenzia di Continuità Ospedale Territorio
AD	Assistenza Domiciliare
ADA	Adattamento Domestico per l'Autonomia personale
CAP	Comunità Alloggio Protette
CAPD	Comunità Alloggio Protette Disabili
CDSD	Centri Diurni di Socializzazione Disabili
HCP	Home Care Premium
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
PAP	Piano Assistenziale Personalizzato
PdV	Progetto di Vita
PUA	Punto Unico di Accesso
RSA	Residenze Sanitarie Assistenziali
RSD	Residenze Sanitarie Disabili
SAD	Servizio di Assistenza Domiciliare
SADU	Servizio di Assistenza Domiciliare in Urgenza
SEI	Sostegno Economico Integrato
SLA	Sclerosi Laterale Amiotrofica
SRCC	Strutture residenziali per pazienti con disagio psicosociale
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale
UVMD	Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità

TITOLO I NORME GENERALI

CAPO I PRINCIPI, OBIETTIVI, FINALITÀ E CAMPO DI APPLICAZIONE

- Art. 1 – L’oggetto del regolamento
- Art. 2 – I principi ed i valori ispiratori
- Art. 3 – I destinatari delle prestazioni e le finalità
- Art. 4 – I Livelli Essenziali di Assistenza. Integrazione delle politiche per la salute
- Art. 5 – La compartecipazione al costo dei servizi erogati in forma diretta
- Art. 6 – La determinazione del valore dei servizi erogati in forma indiretta
- Art. 7 – Le aree di intervento e la tipologia delle prestazioni
- Art. 8 – Il diritto all’informazione e le procedure di accesso ai servizi

TITOLO II ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

CAPO I CRITERI, MODALITÀ E PROCEDURE

- Art. 9 – L’ accesso ai servizi
- Art. 10 – Le Liste di Priorità
- Art. 11 – I Punti Insieme
- Art. 12 – Il Punto Unico di Accesso (PUA)
- Art. 13 – L’Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT)

TITOLO III AREE DI INTERVENTO “NON AUTOSUFFICIENZA e ANZIANI”

CAPO I - BENEFICIARI

- Art. 14 – I beneficiari degli interventi

CAPO II - DOMICILIARITÀ

- Art. 15 – Le finalità
- Art. 16 – Le prestazioni
- Art. 17 – Il SAD ed il SADU
- Art. 18 – L’ assistenza Domiciliare Indiretta

CAPO III - SEMI-RESIDENZIALITÀ

- Art. 19 – Gli inserimenti semi-residenziali in Centro Diurno

CAPO IV - RESIDENZIALITÀ

Art. 20 – Le finalità

Art. 21 – Gli inserimenti residenziali in RSA

CAPO V - ACCOMODAMENTO RAGIONEVOLE

Art. 22 – L'accomodamento ragionevole

TITOLO IV AREA DI INTERVENTO “DISABILITÀ”

CAPO I - BENEFICIARI

Art. 23 – I beneficiari degli interventi

CAPO II – DOMICILIARITÀ

Art. 24 – Le finalità

Art. 25 – Le prestazioni (SAD, SADU, Contributo Gravissime Disabilità, Contributi Vita Indipendente, SLA, Care Giver, Aiuto alla persona, HCP)

CAPO III – SEMI-RESIDENZIALITÀ

Art. 26 – Le finalità

Art. 27 – Le prestazioni (Centro Diurno)

CAPO IV – RESIDENZIALITÀ

Art. 28 – Le finalità

Art. 29 – Le prestazioni (SRD, CAP, SRCC, Gruppi Appartamento)

TITOLO VI DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 30 – Modalità di svolgimento dei controlli

Art. 31 – Tutela e trattamento dei dati personali

Art. 32 – Entrata in vigore. Validità ed efficacia

ALLEGATI

- All. A): Compartecipazione al costo dei servizi e quantificazione degli interventi diretti
- All. B): Scheda di Accesso e segnalazione del bisogno
- All. C): Scheda dei Servizi presenti sul territorio
 - Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
 - Servizio di Assistenza Domiciliare in Urgenza (SADU)
 - Servizio Economico Integrato (SEI)
 - Inserimento in Centri Diurni Anziani
 - Inserimento in RSA
 - Care Giver
 - Contributi Vita Indipendente
 - Contributo SLA
 - Contributo Gravissime Disabilità
 - Inserimento in Centri Diurni Disabili
 - Inserimento in RSD
 - Inserimento in CAP
 - Durante e Dopo di Noi
 - Aiuto alla Persona
 - Progetto "Home Care Premium"
- All. D): Procedura Aziendale 038 SA "Redazione e gestione della lista di priorità per l'inserimento nel modulo base in RSA"

TITOLO I NORME GENERALI

CAPO I PRINCIPI, OBIETTIVI, FINALITÀ E CAMPO DI APPLICAZIONE

ART. 1

L'oggetto del regolamento

Il presente Regolamento disciplina le modalità di accesso e criteri di erogazione dei servizi del sistema socio-sanitario integrato – area non autosufficienza e disabilità – della Zona Distretto Versilia, comprendente i Comuni di Viareggio, Camaiore, Pietrasanta, Massarosa, Seravezza, Forte dei Marmi e Stazzema.

ART. 2

I principi ed i valori ispiratori

1. Il Regolamento si ispira ai principi generali contenuti nella normativa nazionale e regionale, ai contenuti della programmazione regionale e agli indirizzi definiti nella programmazione zonale, così come condivisi con la comunità locale.
2. Il sistema integrato dei servizi di cui al presente Regolamento fa riferimento, altresì, ai principi dell'universalità della persona, della promozione dei suoi diritti e doveri sociali e della valorizzazione di tutte le comunità locali. Lo stesso, inoltre, garantisce:
 - il rispetto dei diritti inviolabili della persona, anche con riferimento alla libertà di scelta dell'individuo ed alla protezione dei suoi dati personali;
 - la parità di genere per l'accesso ai servizi offerti, nel rispetto delle condizioni economiche e dei bisogni di ciascuno;
 - la valorizzazione delle capacità e delle risorse della persona, nonché il mantenimento della stessa nel proprio ambiente di vita e di lavoro;
 - la libertà di scelta tra le prestazioni erogate sul territorio e la piena informazione sui percorsi assistenziali e le procedure attive;
 - l'accesso e la fruibilità delle prestazioni in tempi ragionevoli, che siano in ogni caso compatibili con i suoi bisogni, favorendo il miglioramento della qualità delle risposte assistenziali rivolte alle persone non autosufficienti e disabili.

ART. 3

I destinatari delle prestazioni e le finalità

1. I destinatari delle prestazioni sono persone anziane non autosufficienti e disabili in condizioni di gravità¹, di norma residenti nell'ambito territoriale della Zona Versilia, valutate attraverso una valutazione multi-professionale del bisogno e della definizione di un percorso assistenziale personalizzato, in conformità con le norme costituzionali, nazionali e regionali.

3. Attraverso il Regolamento si perseguono le seguenti finalità:

- la realizzazione del diritto dei cittadini di essere messi a conoscenza dei servizi attraverso punti informativi e di prima accoglienza. La rete pubblica dell'accesso è costituita dagli sportelli di Punto Insieme, il cui back office è costituito dal Punto Unico di Accesso (PUA) che, oltre ad essere la porta di accesso indiretto al percorso di presa in carico, assolve anche le funzioni di coordinamento operativo, tecnico-amministrativo ed organizzativo;
- la realizzazione del diritto dei cittadini alla garanzia della prestazione socio-sanitaria appropriata, nel rispetto dei principi di equità e giustizia, attraverso una tempestiva e appropriata valutazione multidimensionale del bisogno da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) per l'area della non autosufficienza e dell'Unità di Valutazione Multidimensionale della Disabilità (UVMd) per l'area della disabilità;
- la realizzazione del diritto dei cittadini a un trattamento individualizzato attraverso l'elaborazione di un Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP), denominato "Progetto di Vita" (PdV);
- l'integrazione tra le diverse figure professionali nei percorsi assistenziali (in particolare per le persone con malattie croniche) da attuarsi in sede di equipe multi professionali;
- l'introduzione di percorsi socio-sanitari innovativi e di qualità anche attraverso specifici finanziamenti europei, ministeriali e regionali.

ART. 4

I Livelli Essenziali di Assistenza. L' integrazione delle politiche per la salute

1. Le prestazioni ed i servizi inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) devono essere garantiti a tutti i cittadini per specifico dettato costituzionale gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), mediante risorse statali, a cui possono aggiungersi risorse regionali per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

¹ Ai sensi dell'art. 1, commi 1 e 2, della Legge Regionale 18 dicembre 2008, n. 66: "si considerano non autosufficienti le persone che hanno subito una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi causa determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone. Le condizioni di non autosufficienza possono presentarsi sotto forma di disabilità psicofisica e mentale. Le caratteristiche della non autosufficienza sono determinate dall'età delle persone, dalle distinzioni di genere, dai tempi e dai modi di insorgenza della disabilità".

2. L'assistenza socio-sanitaria è 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. Essa ha il compito di garantire la continuità tra attività di cura e di riabilitazione, limitare il declino funzionale, 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.

3. Per il raggiungimento dei suindicati obiettivi, sono definiti specifici percorsi assistenziali che prevedono prestazioni di natura sanitaria, 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.

4. I LEA sono individuati dal DPCM del 12 gennaio 2017, che ne stabilisce anche la gratuità o la quota di partecipazione nella misura secondo il prospetto di seguito riportato².

NON AUTOSUFFICIENZA		
	SSN	COMPARTECIPAZIONE
Valutazione	100%	NO
Cure Domiciliari (AD base, AD 1°livello, AD 2°livello, AD 3°livello)	<ul style="list-style-type: none"> - 100% i primi 30 giorni dopo la dimissione protetta - 50% nei giorni successivi al 30° dalla dimissione protetta 	- 50% Utente/Comune nei giorni successivi al 30° dalla dimissione protetta
Assistenza residenziale extra ospedaliera ad elevato impegno sanitario (setting 1 e 2)	100%	NO
Assistenza socio-sanitaria residenziale alle persone non autosufficienti (elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica 24h) (setting 3)	100%	NO
Assistenza socio-sanitaria residenziale alle persone non autosufficienti (lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, compreso sollievo) RSA	Quota sanitaria	Quota sociale tra Utente/Comune
Assistenza socio-sanitaria semi-residenziale delle persone non autosufficienti (Centri Diurni)	Quota sanitaria	Quota sociale tra Utente/Comune

² Il presente Decreto "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" sostituisce infatti integralmente il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza".

DISABILITÀ		
	SSN	COMPARTECIPAZIONE
Valutazione e presa in carico elenco attività garantite dal SSN	100%	NO
Assistenza residenziale con riabilitazione intensiva, disabilità complesse importanti modificabili, non supera di norma 45 giorni	100%	NO
Assistenza residenziale con riabilitazione estensiva, disabili non auto con potenzialità di recupero funzionale, non supera di norma 60 giorni	100%	NO
Assistenza residenziale con trattamenti socio riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità 1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare	70%	30% Utente/Comune
Assistenza residenziale con trattamenti socio riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità 2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare	40%	60% Utente/Comune
Trattamenti semi-residenziali socio-riabilitativi recupero e mantenimento abilità funzionali residue, anche laboratori e centri occupazionali	70%	30% Utente/Comune
SRCC (Strutture Residenziali per pazienti con disagio psico-sociale)	60%	40% Utente/Comune
Assistenza domiciliare disabili	50%	50% Utente/Comune

ART. 5

La compartecipazione al costo dei servizi erogati in forma diretta

1. Fatto salvo il principio dell'accesso universalistico ai servizi ed alle prestazioni indicate nei PAP e nei PdV, sono previste forme di compartecipazione ai costi delle prestazioni da parte della persona assistita, in corrispondenza di quella parte dei costi a carico del SSN non coperta dai LEA.
2. La misura della compartecipazione è calcolata mediante lo strumento dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE), disciplinato dal D.P.C.M. n. 159 del 2013.
3. La condizione economica della persona o l'indisponibilità dell'ISEE non limitano l'accesso al percorso, che è comunque garantito con la valutazione tecnico professionale del bisogno e la

predisposizione del PAP o del PdV. Alla persona che non presenti l'ISEE è richiesta la compartecipazione massima prevista per la prestazione o per l'insieme di prestazioni.

4. In ogni caso la compartecipazione non potrà superare il 100% del costo della prestazione, al netto dei LEA.

5. La compartecipazione degli utenti al costo della prestazione è riferita ad una tariffa annualmente definita dalla Conferenza dei Sindaci determinata nell'allegato A. Parimenti, la Conferenza dei sindaci stabilisce le variazioni delle quote di partecipazione.

ART. 6

La determinazione del valore dei servizi erogati in forma indiretta

Qualora nei PAP o nei PdV siano previsti servizi da erogarsi in forma indiretta (contributi, voucher per prestazioni erogate da soggetti iscritti in appositi registri o per il pagamento di rette, anche a fronte di servizi innovativi), il valore degli stessi è calcolato mediante lo strumento dell'ISEE socio-sanitario e secondo quanto meglio specificato nell'Allegato A.

ART. 7

Le aree di intervento e la tipologia delle prestazioni

1. Nell'ambito del sistema integrato socio-sanitario dei servizi rivolti agli anziani non autosufficienti e ai disabili vengono individuate, dalla programmazione nazionale e regionale, le seguenti tipologie di prestazioni:

DOMICILIARI:

Anziani non autosufficienti

erogate in forma diretta

- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
- Servizio di Assistenza Domiciliare in Urgenza (SADU)

erogate in forma indiretta

- Sostegno Economico Integrato (SEI)
- Contributo economico SLA
- Contributo economico al sostegno del Care Giver
- Contributo economico gravissime disabilità

- Altri interventi erogati sotto forma di contributi o voucher finanziati da progetti europei, ministeriali e regionali per il pagamento di prestazioni erogate da professionisti iscritti in appositi registri (accreditati)

Disabilierogate in forma diretta

- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)
- Servizio di Assistenza Domiciliare in Urgenza (SADU)

erogate in forma indiretta

- Contributo per Gravissime Disabilità
- Contributo di Vita Indipendente su finanziamento regionale/ministeriale
- Contributo economico SLA
- Contributo economico al sostegno del Caregiver
- Contributi per aiuto alla persona indiretto
- Contributo per l'Adattamento Domestico per l'Autonomia personale (ADA)
- Altri interventi erogati sotto forma di contributi o voucher finanziati da progetti europei, ministeriali e regionali per il pagamento di prestazioni erogate da professionisti iscritti in appositi registri (accreditati)

SEMI-RESIDENZIALI:***Anziani non autosufficienti***

- Inserimento in Centri Diurni Anziani (CD)
- Altri interventi erogati sotto forma di contributi o voucher, progetti europei, ministeriali e regionali, per prestazioni erogate da soggetti iscritti in appositi registri o per il pagamento di rette, anche a fronte di servizi innovativi.

Disabili

- Partecipazione ad esperienze diurne in attuazione della Legge sul Dopo Noi
- Inserimento in Centri Diurni di Socializzazione Disabili (CDSD)

RESIDENZIALI:***Anziani non autosufficienti***

- Inserimento in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), modulo base e moduli specialistici

Disabili

- Inserimento in Residenze Sanitarie Disabili (RSD)
- Inserimento in Comunità Alloggio Protette (CAP)
- Inserimento in percorsi di avvicinamento al cohousing in attuazione della Legge sul Dopo Noi³.

ART. 8**Il diritto all'informazione e le procedure di accesso ai servizi**

1. I cittadini hanno diritto all'informazione sui diritti di cittadinanza sociale, sulle disponibilità delle prestazioni socio-sanitarie, sui requisiti d'accesso alle prestazioni, sulle modalità di erogazione delle stesse, nonché sulle possibilità di scelta.
2. In particolare, i cittadini hanno diritto:
 - ad essere informati sui servizi di assistenza sociosanitaria e sociale;
 - 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 rispetto ai servizi offerti, nonché ad ottenere le debite risposte motivate ed accedere agli atti di interesse;
3. Per i soggetti che presentino deficit psico fisici e sensoriali, culturali, sociali e linguistici tali da ostacolare l'acquisizione delle informazioni sui diritti di cui ai punti precedenti, nonché sulle modalità di accesso al sistema integrato, nei Punti Insieme sono previste forme specifiche di informazione, orientamento ed accompagnamento, finalizzate a rimuovere gli ostacoli alla normale fruizione dei servizi e degli interventi ed a garantirne la piena accessibilità.
4. L'accesso alle prestazioni del sistema integrato ed ai servizi socio-sanitari avviene:
 - su richiesta diretta dell'interessato o del suo legale rappresentante (tutore, curatore, amministratore di sostegno);

³ Legge 22 giugno 2016, n. 112 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare".

- su segnalazione di familiari, parenti, conoscenti;
- su segnalazione di altri servizi sanitari, socio-sanitari, ACOT;
- su segnalazione di Enti, soggetti privati, associazioni di volontariato;
- su segnalazione dell'Autorità Giudiziaria.

TITOLO II ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

CAPO I CRITERI, MODALITÀ E PROCEDURE

ART. 9

L'accesso ai servizi

1. I presidi per l'accesso della persona non autosufficiente anziana e disabile al percorso di presa in carico sono gli sportelli Punto Insieme, il cui back-office è costituito dal PUA. I Punti Insieme sono presenti in tutto il territorio zonale presso le Case della Salute ed assicurano l'accoglienza della domanda, l'informazione al cittadino (front-office) e l'avvio del percorso di presa in carico. L'operatore individuato per il procedimento istruisce il fascicolo, ne verifica la completezza o richiede eventuale documentazione integrativa. Al termine dell'istruttoria, viene effettuata una prima valutazione professionale con la proposta progettuale da sottoporre al vaglio all'UVM/UVMD.
2. Le concrete modalità di erogazione dei servizi sono specificamente indicate nell'allegato C.

ART. 10

Le liste di priorità

1. Nel caso in cui per uno o più servizi, sia in forma diretta che indiretta, vi sia una lista di priorità per temporanea indisponibilità di risorse, i criteri specifici per la composizione della stessa sono puntualmente enunciati nell'allegato C previsti al presente regolamento.
2. I cittadini hanno diritto di essere informati sul loro collocamento nella lista di priorità, sui criteri di composizione della lista, e sui relativi punteggi nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali.

ART. 11

Il Punto Insieme

1. 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.
2. Costituisce il presidio dell'accesso al sistema integrato territoriale ed è uno sportello per informare, accogliere, orientare e accompagnare il cittadino che richiede servizi socio-sanitari. In particolare, è il punto di accesso per la presa in carico della persona non autosufficiente, anziana o disabile.
3. L'operatore del Punto Insieme compila la "Scheda di Accesso e segnalazione del bisogno" con le informazioni necessarie circa la situazione socio-sanitaria della persona per la quale viene richiesta assistenza. La scheda di segnalazione, il cui formato è allegato al presente regolamento, viene assegnata all'assistente sociale competente per territorio ed ambito di attività che effettua una prima valutazione volta a definire in sede di UVM/UVMD il PAP/PdV più appropriato alle condizioni di bisogno della persona.
4. La definizione del PAP/PdV viene effettuata entro 30 giorni dalla richiesta di accesso alle prestazioni di cui al precedente art. 8, co.4. Il termine del procedimento sarà sospeso nel caso in cui per la definizione del PAP/PdV sia necessario acquisire ulteriore documentazione sia sociosanitaria che amministrativa. Il PAP/PdV deve essere condiviso e sottoscritto dell'assistito o dal rappresentante legale.
5. In caso di disabili minori, il PdV di norma dovrà essere condiviso e sottoscritto da entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale.

ART. 12

Il Punto Unico di Accesso (PUA)

1. Il PUA rappresenta l'accesso indiretto al percorso di valutazione e di presa in carico della persona non autosufficiente, anziana e/o disabile e si attiva 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.
2. Il PUA svolge funzioni di coordinamento operativo, tecnico-amministrativo ed organizzativo, fungendo inoltre da raccordo tra la fase dell'accesso e quella della valutazione multidimensionale del bisogno. Assicura il coordinamento tra i servizi e gli operatori e sostiene il processo di progettazione con la definizione delle risorse finanziarie ad esso necessarie, nei limiti delle disponibilità del bilancio zonale.

ART. 13

L' Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT)

1. L'Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT) garantisce il governo dell'interfaccia ospedale-territorio e la continuità assistenziale del paziente attraverso la condivisione e la programmazione, con il reparto di degenza, della dimissione. L'ACOT è lo strumento operativo di governo dei percorsi ospedale-territorio, fa capo funzionalmente alla Zona-Distretto e svolge le seguenti funzioni:

- presidia e valuta l'appropriatezza della segnalazione, definisce il percorso di continuità assistenziale attivando, in presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'UVM/UVMD in una logica di continuità con il percorso valutativo progettuale della persona non autosufficiente;
 - coordina e programma con il reparto 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 dei pazienti ricoverati non residenti nell'ospedale Versilia;
 - coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali e il MMG;
 - coinvolge il paziente e la sua 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;
 - svolge funzione di riferimento per le segnalazioni provenienti dal territorio qualora sia presente richiesta di inserimento in Cure Intermedie Residenziali;
3. promuove ed utilizza strumenti standardizzati nella fase di dimissione, che permettano una comunicazione volta a garantire la sicurezza del paziente e la completezza delle informazioni necessarie alla gestione del percorso.

TITOLO III

AREE DI INTERVENTO NON AUTOSUFFICIENZA E ANZIANI

CAPO I

BENEFICIARI

ART. 14

I beneficiari degli interventi

I beneficiari degli interventi afferenti all'area della non autosufficienza, sono persone anziane non autosufficienti con età uguale o superiore ai 65 anni in favore delle quali l'UVM abbia valutato l'appropriatezza di un percorso di assistenza domiciliare, semi-residenziale o residenziale.

2. Il servizio è rivolto agli anziani ultra-sessantacinquenni non autosufficienti per i quali sia stato predisposto dalla UVM un PAP e, in casi eccezionali e motivati, anche per persone infra-sessantacinquenni che presentino bisogni assistenziali coincidenti con la condizione di non autosufficienza ed un quadro morboso assimilabile all'età geriatrica. Questa valutazione è affidata ad un medico specialista in Geriatria dell'Azienda USL Toscana Nord-Ovest

CAPO II

DOMICILIARITÀ

ART. 15

Le finalità

Le prestazioni domiciliari hanno come scopo prioritario il mantenimento della persona non autosufficiente nel proprio contesto familiare, attraverso risposte di lunga assistenza appropriate, sulla base della valutazione multidimensionale del bisogno effettuata secondo i livelli di isogravità e tenuto conto delle difficoltà organico-funzionali, cognitivo-comportamentali e socio-relazionali-ambientali.

ART. 16**Le prestazioni**Erogate in forma diretta:

- Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD),
- Servizio di Assistenza Domiciliare in Urgenza (SADU);

Erogate in forma indiretta:

- Sostegno Economico Integrato (SEI),
- altri tipi di interventi sono erogati sottoforma di contributi/voucher, finanziati da progetti europei, ministeriali e regionali e vengono disciplinati dai relativi avvisi di ammissione.

ART. 17**Il Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) ed Il Servizio di Assistenza Domiciliare in Urgenza (SADU)**

1. Il SAD consiste nella erogazione della prestazione assistenziale di uno o più operatori socio-sanitari (oss) o figure equivalenti addette all'assistenza di base (adb). Gli interventi, 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, sono previsti dal PAP elaborato in sede di UVM.
2. Il SAD, di norma, non può essere attivato quando l'anziano usufruisce del contributo per il supporto di un'assistente familiare (SEI B) o per il sostegno di cura del familiare (SEI F).
3. La compartecipazione degli utenti al costo della prestazione è riferita ad una tariffa annualmente definita dalla Conferenza dei Sindaci determinata nell'allegato A).
4. Per la forma in Urgenza (SADU), la richiesta di attivazione deve pervenire previo invio al PUA, su apposita modulistica del Punto Insieme. Il PUA provvede a inviare agli uffici competenti la richiesta di valutazione. Il SADU può essere attivato:
 - dal territorio tramite i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Infermieri di Famiglia e i Servizi Sociali territoriali;
 - dall'Ospedale, tramite segnalazione ad ACOT, per continuità assistenziale e dalle strutture di cure intermedie, almeno 48 ore prima delle dimissioni.
5. L'Assistente Sociale di ACOT contatta l'utente, così come indicato nella scheda di segnalazione per la valutazione della tipologia del bisogno assistenziale, ed effettua la valutazione e attivazione del SADU.

6. In caso in cui nella famiglia sia già presente personale di assistenza privato, il SADU non viene attivato.
7. Il servizio è erogato di norma fino ad un massimo di 20 giorni.

ART. 18

L'Assistenza Domiciliare Indiretta (SEI)

1. L'assistenza domiciliare indiretta consiste in interventi a sostegno della cura della persona presso il proprio domicilio tramite l'erogazione di un contributo economico denominato Sostegno Economico Integrato (SEI).
2. Il SEI può essere di due tipi: di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia o a parziale copertura delle spese di cura dell'assistente familiare.
3. La Zona si riserva di attivare ulteriori interventi erogati sottoforma di contributo per specifiche tipologie di utenti con progetti sperimentali finalizzati al mantenimento dell'anziano nel suo ambiente di vita.

CAPO III

SEMI-RESIDENZIALITÀ

ART. 19

Inserimenti semi-residenziali in Centro Diurno

1. La Zona eroga le prestazioni semi-residenziali ai cittadini che necessitano di assistenza nelle ore diurne.
2. Per tale tipo di prestazione la quota sociale di compartecipazione è posta a carico dell'assistito, nei limiti delle proprie risorse economiche.

CAPO IV RESIDENZIALITÀ

ART. 20

Le finalità

Le prestazioni residenziali hanno come scopo prioritario assicurare alle persone non autosufficienti l'assistenza socio-sanitaria in RSA qualora non sussistano più le condizioni socio sanitarie per potere assicurare tale assistenza nel proprio ambiente di vita.

ART. 21

Gli inserimenti residenziali in RSA

1. La Zona eroga prestazioni residenziali per utenti ultra-sessantacinquenni non autosufficienti che necessitano di assistenza continuativa.
2. Per tale tipo di prestazione la quota sociale di compartecipazione è posta a carico dell'assistito, nei limiti delle proprie risorse economiche.

CAPO V ACCOMODAMENTO RAGIONEVOLE

ART. 22

L'accomodamento ragionevole

Nel rispetto del principio dell'accomodamento ragionevole⁴ l'UVM può apportare modifiche e/o adeguamenti funzionali e appropriati per l'orientamento progettuale. Tali modifiche, in una logica di assoluta eccezionalità e sulla base di una solida motivazione, possono esplicarsi:

- nel modificare il livello di isogravità e il relativo pacchetto di isorisorse qualora, in sede di valutazione, si dovesse riscontrare una discrepanza tra le reali condizioni di salute dell'assistito e il livello di isogravità attribuito dall'applicazione delle procedure valutative;
- nell'assicurare un pacchetto minimo di "domiciliarità" per le situazioni in cui l'applicazione delle norme regolamentari della compartecipazione escludono la possibilità di accesso alle risorse del fondo;

⁴ Ai sensi della Delibera G.R.T. n. 370 del 2010 "Approvazione delle nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente".

- nell'assegnare la quota di risorse corrispondente all'intervento assistenziale domiciliare previsto dal PAP, qualora l'assistito o il suo legale rappresentante non lo accetti, privilegiando un intervento di tipo residenziale. In tal caso le risorse previste nel PAP domiciliare saranno erogate alla RSA solo nel caso di effettivo ricovero dell'utente nella struttura da privato.

TITOLO IV AREA DI INTERVENTO DISABILITÀ

CAPO I BENEFICIARI

ART. 23

I beneficiari degli interventi

I beneficiari destinatari degli interventi afferenti l'area della disabilità, ai sensi della presente sezione, sono persone di età compresa tra 0 e 64 anni con disabilità già certificata ai sensi dell'art. 3, co. 3, l.104/92⁵, o per i quali sia stata avviata la pratica di certificazione.

CAPO II DOMICILIARITÀ

ART. 24

Le finalità

Le prestazioni domiciliari hanno come scopo prioritario il mantenimento della persona disabile nel proprio contesto familiare attraverso risposte di lunga assistenza appropriate, in virtù della valutazione multidimensionale del bisogno effettuata secondo i livelli di isogravità e che tengano conto delle difficoltà organico-funzionali, cognitivo-comportamentali, ambientali e socio-relazionali.

⁵ Il comma 3 dell'art. 3 della legge 104 prevede il cosiddetto "handicap grave", ossia una riduzione dell'autonomia persona del soggetto in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sua sfera individuale o in quella di relazione.

ART. 25

Le prestazioni

Erogate in forma diretta:

- **Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD):** è rivolto a persone che richiedono interventi di cura e di igiene essenziali, idonei a mantenerle le persone all'interno del proprio ambiente di vita. Il PAP ne definisce la durata, l'intensità assistenziale (con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni sociosanitarie appropriate) e l'eventuale compartecipazione.

- **Servizio di Assistenza Domiciliare in Urgenza (SADU):** il coordinatore del servizio ha facoltà, unicamente per casi eccezionali e motivati, di autorizzare il SADU a persone infra-sessantacinquenni, purché presentino bisogni assistenziali coincidenti con la condizione di non autosufficienza valutata dal medico dell'UVM. La richiesta di SADU deve pervenire al coordinatore UVM per l'autorizzazione.

Erogate in forma indiretta:

- **Contributo per Gravissime Disabilità⁶:**

Il contributo economico mensile per le gravissime disabilità è finalizzato all'assunzione di uno o più assistenti personali e all'acquisto, presso soggetti accreditati ai sensi della L.R. 82/2009, di prestazioni e servizi alla persona, ad esclusione di quelle afferenti all'area sanitaria e sociosanitaria. Il contributo economico può variare da euro 900,00 ad euro 1.200,00 (soggetto all'obbligo di rendicontazione) in relazione al livello di complessità assistenziale stabilito in sede di valutazione dalla equipe valutativa multidisciplinare integrata dallo specialista. In caso di minori, in alternativa all'assistente personale, si può prevedere un assegno di cura con un importo spettante da euro 800,00 ad euro 1.100,00.

- **Contributo di Vita Indipendente su finanziamento regionale⁷:**

1. Il contributo è finalizzato ad assicurare la possibilità di vivere all'interno della propria abitazione ed avere, quindi, condizioni di vita con importanti margini di autonomia, cercando di favorirne l'integrazione e la partecipazione all'attività lavorativa e sociale.

⁶ si intendono le 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 D.P.C.M. n. 159/2013, e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni previste dall'allegato A della D.G.R.T. n. 680/22.

⁷ Vita Indipendente, in base alla D.G.R.T. n. 1329/2015 ed alla luce della D.G.R.T. n. 117/2022 allegato B, è il progetto regionale nato per garantire a persone con disabilità grave la possibilità di vivere all'interno del proprio domicilio senza dover ricorrere a progetti residenziali ed avere, quindi, condizioni di vita con importanti margini di autonomia in ottemperanza.

2. L'elaborazione di un apposito PAP/PdV resta di competenza della Zona Distretto, attraverso la UVM/UVMD, e in relazione agli obiettivi si concede un contributo mensile compreso tra euro 800,00 ed euro 1.800,00 (soggetto all'obbligo di rendicontazione), fatta salva la possibilità di finanziare progetti che richiedano un contributo mensile inferiore.

- Contributo Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA):

1. Il contributo è finalizzato al miglioramento della qualità dell'assistenza rivolta alle persone affette da SLA, promuovendo un percorso di presa in carico globale, centrato sulla persona e sui familiari. A favore del care giver è previsto un contributo economico mensile (soggetto all'obbligo di rendicontazione) di euro 1.650,00⁸.

2. Il beneficio economico viene riconosciuto solo a seguito della valutazione dell'UVM/UVMD con decorrenza dal mese successivo a quello del provvedimento di ammissione al beneficio, previa verifica dell'avvenuta assunzione dell'assistente familiare.

- Contributo caregiver:

1. Il contributo è destinato ai familiari che assistono le persone in condizione di disabilità gravissima o che hanno in corso programmi di accompagnamento finalizzati alla de-istituzionalizzazione e al ricongiungimento del care giver con la persona assistita.

2. Il contributo, a seguito della valutazione della persona da parte dell'UVM/UVMD sulla base delle risorse disponibili, è di massimo euro 400,00 mensili finalizzato a sostenere le funzioni di cura del care giver familiare.

- Aiuto alla persona:

1. Il contributo è finalizzato alla realizzazione delle seguenti tipologie di intervento:

- realizzazione di progetti rivolti a minori da svolgersi nel periodo extrascolastico, finalizzati alla socializzazione/inclusione;
- realizzazione di interventi agli adulti, di carattere socio-assistenziale finalizzati a sviluppare le capacità, l'autonomia favorendo l'inclusione sociale;
- eventuali ulteriori interventi di natura temporanea finalizzati al mantenimento delle autonomie.

2. L'erogazione del contributo è soggetto a preventiva rendicontazione.

3. L'importo massimo annuo erogabile è pari ad euro 3.000,00.

4. Il contributo non è erogabile in caso di percezione di altro contributo correlato allo stato di disabilità.

⁸ In ottemperanza alla D.G.R.T. n. 186/19 relativa alle "Linee di indirizzo clinico-organizzative per la Sclerosi Laterale Amiotrofica – Percorso integrato ospedale-territorio per la cura del paziente con SLA".

- Altri tipi di contributi:

1. L' **Home Care Premium** è un progetto finanziato dall'INPS e prevede l'erogazione di prestazioni sociali in favore dei dipendenti, dei pensionati pubblici e dei loro familiari. Su questo Progetto l'Istituto destina parte delle risorse del Fondo Gestione Unitaria Prestazioni Creditizie e Sociali (Fondo Prevenzione Credito) al sostegno della non autosufficienza e della disabilità.
2. Il programma si concretizza nell'erogazione di contributi economici mensili – cd. “prestazioni prevalenti” – finalizzati al rimborso di spese sostenute per l'assunzione di un assistente domiciliare.
3. L'Istituto assicura altresì servizi di assistenza alla persona – cd. “prestazioni integrative” – in collaborazione con gli operatori economici del territorio che hanno aderito alla manifestazione di interesse.

CAPO II SEMI-RESIDENZIALITÀ

ART. 26

Le finalità

Il servizio semi-residenziale del Centro Diurno fornisce interventi a carattere educativo, riabilitativo, assistenziale e di sollievo alla famiglia, dal carico di cura della persona con disabilità grave. Il servizio accoglie i disabili dal lunedì al sabato, dalle 9:00 alle 17:00, in contesti protetti che garantiscono interventi finalizzati alla socializzazione.

ART. 27

Le prestazioni

1. Il servizio semi-residenziale di Centro Diurno è un servizio territoriale rivolto a persone con disabilità grave ai sensi della Legge 104/92 art. 3, comma 3, in età compresa fra i 18 e i 64 anni residenti nella Zona Distretto Versilia. Le assenze superiori a 15 giorni non giustificate possono comportare la rivalutazione del PdV e la revoca del servizio erogato.
2. L'inserimento al Centro Diurno, su domanda del diretto interessato e/o del rappresentante legale, avviene a seguito di valutazione tecnico professionale da parte dell'equipe di riferimento ratificata in sede di UVMD Zonale.

3. A seguito della condivisione del progetto con la persona interessata e/o con il rappresentante legale, si attiva il servizio o si colloca il beneficiario in lista di priorità.

- Altri tipi di interventi semi-residenziali

Per eventuali altri interventi semi-residenziali, attivabili a seguito di specifici finanziamenti, sono disciplinati dai relativi avvisi di ammissione.

CAPO III RESIDENZIALITÀ

ART. 28

Finalità

1. I servizi di tipo residenziale hanno funzioni di protezione sociale e d'integrazione socio-sanitaria nei confronti di persone riconosciute disabili in gravità ai sensi della Legge 104/92 art. 3, comma 3.
2. Tali strutture offrono ospitalità ed assistenza, occasioni di vita comunitaria, aiuto nelle attività quotidiane, stimoli e possibilità di attività occupazionali, ricreative e di mantenimento delle capacità residue. Viene garantita l'assistenza infermieristica, l'assistenza di base e trattamenti riabilitativi per il mantenimento ed il miglioramento dello stato di salute e di benessere.

ART. 29

Prestazioni

- Inserimento in Residenze Sanitarie Disabili (RSD):

1. Tale tipologia di struttura accoglie persone adulte con disabilità stabilizzata con riconoscimento di handicap in situazione di gravità, non assistibili a domicilio, che necessitano di una risposta continuativa residenziale tesa a mantenere i livelli di autonomia raggiunti e a garantire un adeguato intervento socio-sanitario di riabilitazione estensiva.
2. È un servizio residenziale per disabili con limitazioni di autonomia sia fisiche che mentali, dalla cui valutazione multidimensionale in sede di UVMD risulti comunque inequivocabile l'impossibilità dell'assistenza domiciliare o l'inserimento in altra struttura a minore intensità assistenziale.
3. La RSD è finalizzata a fornire accoglienza, prestazioni sanitarie, assistenza, recupero funzionale a persone prevalentemente non autosufficienti, nonché a perseguire una migliore capacità di gestione della vita quotidiana e un mantenimento delle abilità residue. L'accesso a tale struttura residenziale avviene a seguito di valutazione e predisposizione del PdV da parte dell'UVMD.

- Inserimento in Comunità Alloggio Protette (CAP):

1. Le Comunità Alloggio Protette sono una struttura residenziale a carattere comunitario ad alta integrazione socio-sanitaria destinate all'accoglienza di persone adulte disabili, prevalentemente non in situazione di gravità, che non sono in grado di permanere al proprio domicilio e che necessitano di un'assistenza volta a supportare le parziali capacità di autonomia e di autogestione, relazionali, sociali e di inserimento lavorativo con punteggio di bassa-media Intensità Assistenziale ratificato in sede dall'UVMD.
2. Tale tipologia di struttura ha l'obiettivo di permettere alla persona di realizzare esperienze di vita autonoma al di fuori dal contesto familiare d'origine. L'accesso avviene a seguito di valutazione e predisposizione del PdV da parte dell'UVMD.

- Inserimento in Strutture Residenziali a Carattere Comunitario (SRCC):

1. Le Strutture Residenziali a Carattere Comunitario sono delle strutture residenziali a carattere comunitario destinate all'accoglienza di persone a rischio psico-sociale e/o in condizioni di disagio relazionale con limitata autonomia personale che necessitano di una collocazione abitativa protetta.
2. Tale tipologia di struttura accoglie persone maggiori di età caratterizzate da disturbi di tipo relazionale e comportamentale, anche con problematiche psicopatologiche e ancora interessate, in via non prevalente, da trattamento a carattere terapeutico riabilitativo, che non possono essere adeguatamente assistite presso il loro domicilio e che necessitano di accoglienza temporanea o permanente, al fine di favorire il loro graduale reinserimento sociale e l'acquisizione di progressivi livelli di autonomia. Si accede a tale struttura a seguito di valutazione tecnico professionale dell'equipe socio-sanitaria territoriale e conseguente ratifica in sede di UVMD.

- Inserimento in gruppi appartamento:

1. Si tratta di interventi connotati come struttura residenziale continuativa a bassa intensità assistenziale finalizzata alla coabitazione, nonché a favorire l'autonomia di persone disabili.
2. Si accede a tale struttura a seguito di valutazione tecnico professionale dell'equipe sociosanitaria territoriale e conseguente ratifica in sede di UVMD.

TITOLO V “DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI”

ART. 30

Modalità di svolgimento dei controlli

1. Per ogni tipo di intervento e/o di contributo erogato dalla Zona Distretto Versilia, la stessa si riserva di effettuare, sulla base dell'ISEE, delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi del DPR. 445/2000 e della documentazione presentata dall'interessato, dei controlli anche a campione, sulla correttezza e veridicità delle dichiarazioni presentate.
2. In caso di irregolarità/omissioni rilevabili d'ufficio e non costituente falsità, la Zona Distretto ne richiede la regolarizzazione o il completamento entro un termine congruo. La mancanza dell'integrazione richiesta comporta l'interruzione della prestazione/servizio. Qualora invece si riscontri la sussistenza di dichiarazioni mendaci o la presentazione di atti falsi, il dichiarante, oltre a perdere il diritto alla prestazione, sarà tenuto alla restituzione delle somme indebitamente percepite, a cui si andranno a sommare gli interessi legali e le relative spese per il recupero del credito. Inoltre, la persona è punibile ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia.

ART. 31

Tutela e trattamento dei dati personali

Il trattamento dei dati personali deve avvenire nel rispetto ed in ottemperanza della normativa nazionale vigente, del Regolamento UE 2016/679 e del Codice in materia di protezione dei dati personali, così come integrato dal Regolamento suindicato e dal Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101.

ART. 32

Entrata in vigore. Validità ed efficacia

1. Il presente regolamento, una volta approvato dalla Conferenza dei Sindaci della Zona Versilia, entra in vigore dopo la pubblicazione sull'Albo Pretorio dei rispettivi Comuni e dell'Azienda Usl nord ovest e comunque non prima dei termini fissati dalla legge nazionale.
2. Per quanto non disciplinato dal presente regolamento si rinvia alle norme comunitarie, statali, regionali e agli altri regolamenti zonali e aziendali.

ALLEGATO A

**COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEI SERVIZI E
QUANTIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI INDIRETTI**

ZONA – DISTRETTO VERSILIA

Premessa

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

Secondo quanto stabilito dall'art. 47 della L.R. 41/2005 e s.m.i., 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 s.m.i., il regolamento di accesso definisce, per ogni percorso assistenziale, modalità ed entità della compartecipazione ai costi da parte degli utenti, in coerenza con la programmazione regionale e zonale, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

NON AUTOSUFFICIENZA		
	SSN	COMPARTECIPAZIONE
Valutazione	100%	NO
Cure Domiciliari (AD base, AD 1°livello, AD 2°livello, AD 3°livello)	<ul style="list-style-type: none"> - 100% SSN i primi 30 giorni dopo la dimissione protetta - 50% SSN nei giorni successivi Al 30° giorno dalla dimissione protetta 	-50% utente/Comune i giorni successivi al 30° dalla dimissione protetta
Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario (setting 1 e 2)	100%	NO
Assistenza socio-sanitaria residenziale alle persone non auto (elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica 24h) (setting 3)	100%	NO
Assistenza socio-sanitaria residenziale alle persone non auto (lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, compreso sollievo) RSA	Quota sanitaria	Quota sociale Utente/Comune
Assistenza socio-sanitaria semi-residenziale delle persone non autosufficienti (Centri Diurni)	Quota sanitaria	Quota sociale Utente/Comune

DISABILITÀ		
	SSN	COMPARTECIPAZIONE
Valutazione e presa in carico elenco attività garantite dal SSN	100%	NO
Assistenza residenziale con riabilitazione intensiva, disabilità complesse importanti modificabili, non supera di norma i 45 giorni	100%	NO
Assistenza residenziale con riabilitazione estensiva, disabili non auto con potenzialità di recupero funzionale, non supera di norma i 60 giorni	100%	NO
Assistenza residenziale con trattamenti socio riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità 1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare	70%	30% Utente/Comune
Assistenza residenziale con trattamenti socio riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità 2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare	40%	60% utente/Comune
Trattamenti semiresidenziali socio-riabilitativi recupero e mantenimento abilità funzionali residue, anche laboratori e centri occupazionali	70%	30% utente/Comune
SRCC (Strutture Residenziali per pazienti con disagio psico-sociale)	60%	40% utente/Comune
Assistenza domiciliare disabili	50%	50%

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 deve essere sempre garantito.

La mancata presentazione dell'attestazione ISEE comporta l'impossibilità di erogare benefici economici o stabilire riduzioni delle quote di compartecipazione al costo delle prestazioni previste

dallo stesso PAP/Progetto di Vita da parte della persona interessata ma non impedisce o ritarda la valutazione multidimensionale del bisogno e la predisposizione del Progetto di Assistenza Personalizzato/Progetto di Vita.

INTERVENTI DOMICILIARI

1.1 INTERVENTI DOMICILIARI RIVOLTI AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

L'Assistenza Domiciliare prevede tre diverse tipologie di interventi a carattere socio-sanitario integrati:

- 1.1.1 interventi erogati in forma diretta (SAD), anche in urgenza (SADU) ;
- 1.1.2 interventi erogati in forma indiretta (Sostegno Economico Integrato – SEI);
- 1.1.3 interventi diretti ed indiretti finanziati da progetti europei, ministeriali e regionali.

1.1.1 Interventi erogati in forma Diretta

- Servizio di Assistenza Domiciliare

Tale intervento nei primi 30 giorni, dopo la dimissione protetta, è a carico del SSR; nei giorni successivi al 30° è al 50% a carico del SSR e al 50% a carico dei Comuni/Utenti.

Con “**dimissione protetta**” è da intendersi la dimissione da Presidio Ospedaliero e/o da struttura pubblica o privata convenzionata nella quale siano stati attivati moduli assistenziali ascrivibili a **setting 1 e setting 2**

Sul 50% a carico dei Comuni, a regime e dopo un primo periodo di sperimentazione, la compartecipazione dell'utente è individuata tenuto conto di quanto indicato nella Tabella A e calcolata secondo la formula di cui alla tabella B.

Nei primi 12 mesi, decorrenti dalla data di effettivo avvio dell'onere della corresponsione della compartecipazione a carico dei beneficiari del servizio (periodo di sperimentazione) , la soglia di non esenzione è fissata in 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso

La compartecipazione è comunque da calcolarsi sul 50% del costo orario del servizio

	Tabella A	
Utente con ISEE < € 12.000,00	Utente con € 12.000,01 < ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso	Utente con ISEE > 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso

Utente Esente da compartecipazione	Utente con compartecipazione proporzionale al valore ISEE calcolata secondo la formula indicata nella seguente Tabella B	Compartecipazione a totale carico dell'utente
---	---	--

Tabella B

Formula per il calcolo della compartecipazione (a regime e dopo un primo periodo di sperimentazione).

S.E. = SOGLIA ESENZIONE (valore da individuarsi dopo un primo periodo di sperimentazione)

S.N.E.= SOGLIA NON ESENZIONE (4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso)

X = ISEE SOCIOSANITARIO

Y = quota sociale giornaliera

Z = compartecipazione orario del beneficiario

$$Z = [(X - S.E.) / (S.N.E. - S.E)] * Y$$

Nei primi 12 mesi (periodo di sperimentazione) è fissata la seguente soglia:

Utente con ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso = esenzione da compartecipazione

Utente con ISEE > 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso = compartecipazione a totale carico dell'utente

- Servizio di Assistenza domiciliare erogato in urgenza (SADU)

Servizio gratuito - nessuna compartecipazione

1.1.2 Interventi domiciliari erogati in forma Indiretta:**- Sostegno Economico Integrato (SEI):****a) contributo economico a sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia**

Con Isee (socio-sanitario) < € 9.000,00, l'importo mensile del contributo è determinato in relazione al livello di isogravità dell'assistito secondo la sottoindicata **Tabella C**

Tabella C		
<i>ISEE</i>	<i>Livello Isogravità</i>	<i>Contributo Mensile</i>
<i>Isee < € 9.000</i>	<i>3</i>	<i>€ 200,00</i>
<i>Isee < € 9.000</i>	<i>4</i>	<i>€ 320,00</i>
<i>Isee < € 9.000</i>	<i>5</i>	<i>€ 400,00</i>

€ 9.000,00 < Isee (socio-sanitario) < € 16.500,00 l'importo mensile è riportato nella sottostante **Tabella D**

Tabella D		
ISEE	Livello Isogravità	Importo contributo mensile
€ 9.001 < Isee < € 12.500	3	€ 180
€ 12.501 < Isee < € 15.000	3	€ 160
€ 15.501 < Isee < € 16.500	3	€ 140
€ 9.001 < Isee < € 12.500	4	€ 300
€ 12.501 < Isee < € 15.000	4	€ 280
€ 15.501 < Isee < € 16.500	4	€ 260
€ 9.001 < Isee < € 12.500	5	€ 380
€ 12.501 < Isee < € 15.000	5	€ 360
€ 15.501 < Isee < € 16.500	5	€ 340

Con Isee (socio-sanitario) uguale o superiore a € 16.501, il contributo mensile non è spettante

b) contributo economico finalizzato all'assunzione di un assistente familiare accreditato ai sensi della L.R.T. n. 82/2009 e smi

Con Isee (socio-sanitario) < € 9.000,00, l'importo mensile del contributo è determinato in relazione al livello di isogravità dell'assistito secondo la sotto indicata **Tabella E**

Tabella E		
ISEE	Livello Isogravità	Contributo Mensile
Isee < € 9.000	3	€ 450,00
Isee < € 9.000	4	€ 550,00
Isee < € 9.000	5	€ 650,00

€ 9.000,00 < Isee (socio-sanitario) < € 18.500,00 l'importo mensile del contributo è determinato in relazione al livello di isogravità dell'assistito secondo la sotto indicata **Tabella F**

Tabella F		
ISEE	Livello Isogravità	Importo contributo mensile
€ 9.001 < Isee <€ 12.500	3	€ 440
€ 12.501 < Isee <€ 15.000	3	€ 430
€ 15.501 < Isee <€ 16.500	3	€ 420
€ 16.501 < Isee <€ 18.500	3	€ 410
€ 9.001 < Isee <€ 12.500	4	€ 540
€ 12.501 < Isee <€ 15.000	4	€ 530
€ 15.501 < Isee <€ 16.500€	4	€ 520
€ 16.501 < Isee <€ 18.500	4	€ 510
€ 9.001 < Isee <€ 12.500	5	€ 640
€ 12.501 < Isee <€ 15.000	5	€ 630
€ 15.501 < Isee <€ 16.500	5	€ 620
€ 16.501 < Isee <€ 18.500	5	€ 610

Con Isee (socio-sanitario) uguale o superiore ad € 18.501, il contributo mensile non è spettante

1.1.3 Altri interventi diretti finanziati da progetti europei, ministeriali e regionali

Pacchetti servizio/voucher erogati in forma gratuita, svolti direttamente od indirettamente da parte dell'Ente pubblico o di soggetti accreditati ed inseriti in appositi registri, le cui condizioni di accesso ed erogazione sono disciplinate dagli enti competenti nei relativi bandi.

1.2 INTERVENTI DOMICILIARI RIVOLTI A PERSONE DISABILI

L'Assistenza Domiciliare prevede tre diverse tipologie di interventi a carattere socio-sanitario integrati:

- 1.2.1 interventi erogati in forma diretta (SAD);
- 1.2.2 interventi erogati in forma indiretta;
- 1.2.3 interventi diretti ed indiretti finanziati da progetti europei, ministeriali e regionali.

1.2.1 Interventi erogati in forma Diretta

- Servizio di Assistenza domiciliare (SAD disabili) ordinario

La compartecipazione al costo del servizio a carico del destinatario è da calcolarsi sul 50% del costo orario dello stesso.

A regime e dopo un primo periodo di sperimentazione, la compartecipazione è individuata tenuto conto di quanto indicato nella Tabella G e calcolata secondo la formula di cui alla tabella H.

Nei primi 12 mesi, decorrenti dalla data di effettivo avvio dell'onere della corresponsione della compartecipazione a carico dei beneficiari del servizio (periodo di sperimentazione), la soglia di non esenzione è fissata in 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso

Tabella G		
Utente con ISEE < € 12.000,00	Utente con € 12.000,01 < ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso	Utente con ISEE > 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso

Utente Esente da compartecipazione	Utente con compartecipazione proporzionale al valore ISEE calcolata secondo la formula indicata nella seguente Tabella H	Compartecipazione a totale carico dell'utente
<div data-bbox="711 524 839 555" data-label="Section-Header"> <p align="center">Tabella H</p> </div> <div data-bbox="183 607 1369 689" data-label="Section-Header"> <p align="center">Formula per il calcolo della compartecipazione (a regime e dopo un primo periodo di sperimentazione).</p> </div> <div data-bbox="103 712 1351 745" data-label="Text"> <p>S.E. = SOGLIA ESENZIONE (valore da individuarsi dopo un primo periodo di sperimentazione)</p> </div> <div data-bbox="103 808 1343 842" data-label="Text"> <p>S.N.E.= SOGLIA NON ESENZIONE (4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso)</p> </div> <div data-bbox="103 904 483 936" data-label="Text"> <p>X = ISEE SOCIOSANITARIO</p> </div> <div data-bbox="103 1001 533 1034" data-label="Text"> <p>Y = 50% costo orario del servizio</p> </div> <div data-bbox="103 1099 692 1133" data-label="Text"> <p>Z = compartecipazione orario del beneficiario</p> </div> <div data-bbox="544 1198 1000 1234" data-label="Equation-Block"> $Z = [(X - S.E.) / (S.N.E. - S.E)] * Y$ </div> <div data-bbox="103 1263 1155 1296" data-label="Text"> <p>Nei primi 12 mesi (periodo di sperimentazione) è fissata la seguente soglia:</p> </div> <div data-bbox="103 1328 1449 1411" data-label="Text"> <p>Utente con ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso = esenzione da compartecipazione</p> </div> <div data-bbox="103 1442 1449 1525" data-label="Text"> <p>Utente con ISEE > 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso = compartecipazione a totale carico dell'utente</p> </div>		

- Servizio di Assistenza domiciliare erogato in urgenza (SADU)

Servizio gratuito - nessuna compartecipazione

1.2.2 Interventi erogati in forma Indiretta

- Contributo gravissime disabilità (GD)

Interventi indiretti erogati sulla base delle linee d'indirizzo formulate dalla DGRT 680/2022 e quantificati dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare, in accordo con gli interessati.

La soglia di reddito per l'ammissibilità al contributo economico corrisponde al valore **ISEE (socio-sanitario), inferiore o uguale ad € 60.000,00** (salvo rientrare all'interno del 10% di riserva di cui alla DGRT 680/2022)

Tali interventi si sostanziano:

a) nell'**erogazione di un contributo economico finalizzato all'assunzione di un Assistente Personale** con regolare contratto di lavoro o all'acquisto (presso soggetti accreditati ex LRT 82/2009) di prestazioni e servizi alla persona assimilabili alle prestazioni fornite dall'assistente familiare;

L'intervento economico mensile varia **da un minimo di € 900,00 fino ad un massimo di € 1.200,00;**

b) nell'**erogazione di un contributo economico assimilabile ad "assegno di cura" rivolto a minori di anni 18** per il sostegno alle funzioni assistenziali genitoriali.

L'intervento economico mensile varia da **un minimo di € 800,00 fino ad un massimo di € 1.100,00.**

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

-Contributo di Vita Indipendente su finanziamento regionale (VI)

Intervento destinato a persone con età superiore ai 18 anni previsto dalla DGRT n. 1329/2015 e dalla DGRT n. 1472/2018.

In relazione agli obiettivi del progetto individuale, viene concordato in sede di UVMD un contributo con cadenza mensile compreso **tra un minimo di € 800,00 ed un massimo di € 1.800,00.**

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

-Contributo di Vita Indipendente su finanziamento ministeriale (IN-AUT, triennio 2023/2026)

Forma di contributo per la Vita Indipendente erogato sulla base di Bandi Regionali.

In relazione agli obiettivi del progetto individuale, viene concordato in sede di UVMD un contributo con cadenza mensile sino ad un importo **massimo pari € 1.800,00 (€ 21.600/anno)**

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

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

Intervento destinato a sostenere la spesa per uno o più caregiver personali con regolare contratto di lavoro, così come disciplinato con delibere della DGRT nn. 721/2009, DGRT 5725/2009, DGRT N. 1053/2011 e DGRT N. 723/2014

Contributo mensile pari ad Euro 1.650,00.

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

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.

- Contributo care giver

L'**intervento economico** (normato dalla DGRT 717/2022) **pari € 400,00 mensili** è da intendersi nei termini di assegno di cura ed è rivolto a coloro sui quali grava il carico assistenziale di una persona valutata disabile gravissima ai sensi della DGRT 680/2022.

In **presenza di altri contributi**, la **somma di euro 400,00** può essere ridotta, **fino alla concorrenza massima di tutti i contributi pari a euro 1.400,00 mensili**.

Tale tetto è **ridotto ad euro 1.100,00 mensili** quando la persona è già beneficiaria di un *assegno di cura*, finalizzato a sostenere le funzioni assistenziali dei genitori che si assumono in proprio l'onere dell'assistenza alla **persona di minore età** con disabilità gravissima. **Per l'erogazione di tale tipologia di contributo non è prevista la valutazione del valore ISEE.**

- Contributi per l'adattamento domestico per il sostegno alla domiciliarità (ADA)

Interventi economici per il sostegno alla realizzazione degli interventi di adattamento domestico, normati dalla DGRT 1446/2018, il cui importo è **quantificato in base** a quanto indicato nella seguente **Tabella I** e comunque per un **totale complessivo non superiore ad € 5.000,00**

Tabella I	
ISEE del nucleo familiare della persona con disabilità	% contributo massimo erogabile
Fino a € 5.999,99	100% del contributo richiesto dal beneficiario

Da € 6.000,00 a € 8.999,99	80% del contributo richiesto dal beneficiario
Da € 9.000,00 a € 11.999,99	75% del contributo richiesto dal beneficiario
Da € 12.000,00 a € 14.999,99	70% del contributo richiesto dal beneficiario
Da € 15.000,00 a € 17.999,99	65% del contributo richiesto dal beneficiario
Da € 18.000,00 a € 20.999,99	60% del contributo richiesto dal beneficiario
Da € 21.000,00 a € 23.999,99	55% del contributo richiesto dal beneficiario
Da € 24.000,00 a € 35.999,99	50% del contributo richiesto dal beneficiario
Da € 36.000,00	30% del contributo richiesto dal beneficiario

Per richieste di contributi non superiori a € 1.000,00 e con un ISEE fino a € 14.999,99, non si prevede cofinanziamento a carico del beneficiario.

- Contributi per l'aiuto alla persona

Quantificazione del contributo da effettuarsi da parte dell'UVMD

Contributo massimo erogabile = € 3.000,00/anno

Requisito di accesso: ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso

1.2.3 Altri interventi diretti finanziati da progetti europei, ministeriali e regionali

Pacchetti servizio/voucher erogati in forma gratuita, svolti direttamente od indirettamente da parte dell'Ente pubblico o di soggetti accreditati ed inseriti in appositi registri, le cui condizioni di accesso ed erogazione sono disciplinate dagli enti competenti nei relativi bandi.

INTERVENTI SEMIRESIDENZIALI

2.1 INTERVENTI SEMIRESIDENZIALE RIVOLTI AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

2.1.1 Centri Diurni Assistenziali (per anziani in condizione di non autosufficienza stabilizzata e per persone con disabilità cognitivo-comportamentale)

Retta giornaliera: quota sanitaria a carico del SSR e quota sociale a carico dei Comuni.

L'**utente partecipa** al pagamento della retta giornaliera a carico dei Comuni, secondo le sotto indicate tabelle L e M.

Tabella L		
Utente con ISEE < € 12.000,00	Utente con € 12.001,00 < ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso	Utente con ISEE > 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso
Utente Esente da compartecipazione	Utente con compartecipazione proporzionale al valore ISEE calcolata secondo la formula indicata nella seguente Tabella M	Compartecipazione a totale carico dell'utente

Tabella M

Formula per il calcolo della compartecipazione (a regime e dopo un primo periodo di sperimentazione).

S.E. = SOGLIA ESENZIONE (valore da individuarsi dopo un primo periodo di sperimentazione)

S.N.E.= SOGLIA NON ESENZIONE (4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso)

X = ISEE SOCIO SANITARIO

Y = quota sociale giornaliera

Z = compartecipazione giornaliera del beneficiario

$$Z = [(X - S.E.) / (S.N.E. - S.E)] * Y$$

2.2 INTERVENTI SEMIRESIDENZIALE RIVOLTI A PERSONE DISABILI CON ETÀ SUPERIORE A 18 ANNI

2.2.1 Centri Diurni di Socializzazione Disabili (CDSD)

Retta giornaliera: 70% a carico del SSR e al 30% a carico dei Comuni. Sul 30% a carico dei Comuni, a regime e dopo un primo periodo di sperimentazione, la compartecipazione dell'utente è individuata tenuto conto di quanto indicato nella Tabella N e calcolata secondo la formula di cui alla tabella O.

Nei primi 12 mesi, decorrenti dalla data di effettivo avvio dell'onere della corresponsione della compartecipazione a carico dei beneficiari del servizio (periodo di sperimentazione) , la soglia di non esenzione è fissata in 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso

Tabella N		
Utente con ISEE < €12.000,00	Utente con € 12.000,01 < ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso	Utente con ISEE > 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso
Utente Esente da compartecipazione	Utente con compartecipazione proporzionale al valore ISEE calcolata secondo la formula indicata nella seguente Tabella O	Compartecipazione a totale carico dell'utente

Tabella O

Formula per il calcolo della compartecipazione (a regime e dopo un primo periodo di sperimentazione).

S.E. = SOGLIA ESENZIONE (valore da individuarsi dopo un primo periodo di sperimentazione)

S.N.E.= SOGLIA NON ESENZIONE (4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso)

X = ISEE SOCIO SANITARIO

Y = quota sociale giornaliera

Z = compartecipazione orario del beneficiario

$$Z = [(X - S.E.) / (S.N.E. - S.E)] * Y$$

Nei primi 12 mesi (periodo di sperimentazione) è fissata la seguente soglia:

Utente con ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso = esenzione da compartecipazione

Utente con ISEE > 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso = compartecipazione a totale carico dell'utente

INTERVENTI RESIDENZIALI

3.1 INTERVENTI RESIDENZIALI RIVOLTI AD ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

- Modulo Base – Moduli Specialistici

Retta giornaliera: quota sanitaria a carico del SSR e quota sociale a carico degli Utenti/Comuni.

Il beneficiario compartecipa al pagamento della quota retta di parte sociale giornaliera calcolata secondo le seguenti modalità:

- a) versamento di tutti gli introiti mensili a qualsiasi natura e a qualsiasi titolo percepiti, compresa la tredicesima mensilità;
- b) versamento delle somme possedute eccedenti € 10.000,00 quali patrimonio mobiliare (depositi bancari, libretti di risparmio, conti correnti, buoni postali, titoli azionari, ecc.). Tali somme verranno utilizzate fino a concorrenza dell'intera quota di parte sociale (€53,50/mensili) per un anno e comunque fino a nuova rivalutazione del PAP;

Se con il versamento delle somme di cui alle lettere precedenti a) e b) non viene coperta l'intera quota retta sociale giornaliera, viene valutata la situazione economica complessiva mediante lo strumento dell'ISEE residenziale. Se il suo valore è sotto la soglia di quattro volte il minimo INPS, il Comune integra la quota parte di retta sociale non coperta dal beneficiario.

É comunque garantita a favore del beneficiario una quota pari ad € 100,00/ mensili destinati ad uso personale. Il valore di tale quota può essere aumentato in presenza di spese sanitarie non coperte dai LEA e opportunamente documentate.

In caso di assenza temporanea dell'ospite per ricoveri/motivi familiari alla struttura spetta una percentuale della quota sociale definita in base agli specifici accordi contrattuali. In tal caso il beneficiario è tenuto al pagamento di tale percentuale delle quote sociali, nei limiti delle quote di compartecipazione dovuta. Nel caso tale quota non fosse sufficiente, il Comune provvederà all'integrazione.

Nel caso di scelta da parte dell'assistito di RSA che applichi una quota sociale inferiore rispetto a quella stabilita nella zona Versilia, sarà considerato quale importo dovuto quello stabilito dalla struttura.

Clausola di Salvaguardia

Al nucleo familiare del beneficiario deve essere sempre garantita una disponibilità effettiva mensile, pari ad € 750,00 (€ 9.000,00/anno), al netto delle spese di locazione/mutuo per abitazione principale e sino ad un massimo di € 8.400,00 annui.

3.2 INTERVENTI RESIDENZIALI RIVOLTI A PERSONE DISABILI

- Struttura Residenziale Sanitario-Assistenziale per Disabili (RSD);

Retta giornaliera: 70% a carico del SSR e 30% a carico dei degli Utenti/Comuni.

Il beneficiario partecipa al pagamento della quota retta di parte sociale giornaliera, secondo le seguenti modalità:

- a) versamento di tutti gli introiti mensili a qualsiasi natura e a qualsiasi titolo percepiti, compresa la tredicesima mensilità;
- b) versamento delle somme possedute eccedenti € 10.000,00 quali patrimonio mobiliare (depositi bancari, libretti di risparmio, conti correnti, buoni postali, titoli azionari, ecc.). Tali somme verranno utilizzate fino a concorrenza dell'intera quota di parte sociale per un anno e comunque fino a nuova rivalutazione del PdV;

Se con il versamento delle somme di cui alle lettere precedenti a) e b) non viene coperta l'intera quota retta sociale giornaliera, viene valutata la situazione economica complessiva mediante lo strumento dell'ISEE residenziale. Se il suo valore è sotto la soglia di quattro volte il minimo INPS, il Comune integra la quota parte di retta sociale non coperta dal beneficiario.

È comunque garantita a favore del beneficiario una quota pari ad € 100,00/ mensili destinati ad uso personale. Il valore di tale quota può essere aumentato in presenza di spese sanitarie non coperte dai LEA e opportunamente documentate.

In caso di assenza temporanea dell'ospite per ricoveri/motivi familiari alla struttura spetta una percentuale della quota sociale definita in base agli specifici accordi contrattuali. In tal caso il beneficiario è tenuto al pagamento di tale percentuale delle quote sociali, nei limiti delle quote di compartecipazione dovuta. Nel caso tale quota non fosse sufficiente, il Comune provvederà all'integrazione.

Nel caso di scelta da parte dell'assistito di RSD che applichi una quota sociale inferiore rispetto a quella stabilita nella zona Versilia, sarà considerato quale importo dovuto quello stabilito dalla struttura.

Clausola di Salvaguardia

Al nucleo familiare del beneficiario deve essere sempre garantita una disponibilità effettiva mensile, pari ad € 750,00 (€ 9.000,00/anno), al netto delle spese di locazione/mutuo per abitazione principale e sino ad un massimo di € 8.400,00 annui.

-Comunità Alloggio Protetta (CAP);

Retta giornaliera: 40% a carico del SSR e 60% a carico degli Utenti/Comuni.

Il beneficiario partecipa al pagamento della quota retta di parte sociale giornaliera, secondo le seguenti modalità:

- a) versamento di tutti gli introiti mensili a qualsiasi natura e a qualsiasi titolo percepiti, compresa la tredicesima mensilità;
- b) versamento delle somme possedute eccedenti € 10.000,00 quali patrimonio mobiliare (depositi bancari, libretti di risparmio, conti correnti, buoni postali, titoli azionari, ecc.). Tali somme verranno utilizzate fino a concorrenza dell'intera quota di parte sociale per un anno e comunque fino a nuova rivalutazione del PdV;

Se con il versamento delle somme di cui alle lettere precedenti a) e b) non viene coperta l'intera quota retta sociale giornaliera, viene valutata la situazione economica complessiva mediante lo strumento dell'ISEE residenziale. Se il suo valore è sotto la soglia di quattro volte il minimo INPS, il Comune integra la quota parte di retta sociale non coperta dal beneficiario.

È comunque garantita a favore del beneficiario una quota pari ad € 100,00/ mensili destinati ad uso personale. Il valore di tale quota può essere aumentato in presenza di spese sanitarie non coperte dai LEA e opportunamente documentate.

In caso di assenza temporanea dell'ospite per ricoveri/motivi familiari alla struttura spetta una percentuale della quota sociale definita in base agli specifici accordi contrattuali. In tal caso il beneficiario è tenuto al pagamento di tale percentuale delle quote sociali, nei limiti delle quote di

compartecipazione dovuta. Nel caso tale quota non fosse sufficiente, il Comune provvederà all'integrazione.

Nel caso di scelta da parte dell'assistito di CAP che applichi una quota sociale inferiore rispetto a quella stabilita nella zona Versilia, sarà considerato quale importo dovuto quello stabilito dalla struttura.

Clausola di Salvaguardia

Al nucleo familiare del beneficiario deve essere sempre garantita una disponibilità effettiva mensile, pari ad € 750,00 (€ 9.000,00/anno), al netto delle spese di locazione/mutuo per abitazione principale e sino ad un massimo di € 8.400,00 annui.

- Inserimento in Strutture Residenziali a Carattere Comunitario (SRCC):

Retta giornaliera: 60% a carico del SSR e 40% a carico degli Utenti/Comuni.

Il beneficiario compartecipa al pagamento della quota retta di parte sociale giornaliera, secondo le seguenti modalità:

- a) versamento di tutti gli introiti mensili a qualsiasi natura e a qualsiasi titolo percepiti, compresa la tredicesima mensilità;
- b) versamento delle somme possedute eccedenti € 10.000,00 quali patrimonio mobiliare (depositi bancari, libretti di risparmio, conti correnti, buoni postali, titoli azionari, ecc.). Tali somme verranno

utilizzate fino a concorrenza dell'intera quota di parte sociale per un anno e comunque fino a nuova rivalutazione del PdV;

Se con il versamento delle somme di cui alle lettere precedenti a) e b) non viene coperta l'intera quota retta sociale giornaliera, viene valutata la situazione economica complessiva mediante lo strumento dell'ISEE residenziale. Se il suo valore è sotto la soglia di quattro volte il minimo INPS, il Comune integra la quota parte di retta sociale non coperta dal beneficiario.

È comunque garantita a favore del beneficiario una quota pari ad € 100,00/ mensili destinati ad uso personale. Il valore di tale quota può essere aumentato in presenza di spese sanitarie non coperte dai LEA e opportunamente documentate.

In caso di assenza temporanea dell'ospite per ricoveri/motivi familiari alla struttura spetta una percentuale della quota sociale definita in base agli specifici accordi contrattuali. In tal caso il beneficiario è tenuto al pagamento di tale percentuale delle quote sociali, nei limiti delle quote di compartecipazione dovuta. Nel caso tale quota non fosse sufficiente, il Comune provvederà all'integrazione.

Nel caso di scelta da parte dell'assistito di CAP che applichi una quota sociale inferiore rispetto a quella stabilita nella zona Versilia, sarà considerato quale importo dovuto quello stabilito dalla struttura.

Clausola di Salvaguardia

Al nucleo familiare del beneficiario deve essere sempre garantita una disponibilità effettiva mensile, pari ad € 750,00 (€ 9.000,00/anno), al netto delle spese di locazione/mutuo per abitazione principale e sino ad un massimo di € 8.400,00 annui.

- Gruppi appartamento

costi così ripartiti. 40% a carico del SSR e 60% a carico degli Utenti/Comuni.

Il beneficiario partecipa al pagamento della quota a carico degli Utenti/Comuni, secondo le seguenti modalità:

a) versamento di tutti gli introiti mensili a qualsiasi natura e a qualsiasi titolo percepiti, compresa la tredicesima mensilità;

b) se con il versamento di tutti gli introiti mensili a qualsiasi natura e a qualsiasi titolo percepiti, non viene coperta l'intera retta giornaliera, viene valutata la situazione economica complessiva mediante lo strumento dell'ISEE residenziale. Se il valore dell'ISEE residenziale supera di 4 volte il minimo INPS, il beneficiario paga l'intera retta.

Restano salve:

-la quota mensile ad uso personale nella disponibilità del beneficiario, da stabilirsi dopo un primo periodo di sperimentazione.

-la clausola di salvaguardia a favore del nucleo familiare del beneficiario dopo un primo periodo di sperimentazione.

In sede di prima applicazione e comunque non prima di 12 mesi decorrenti dalla data di effettivo avvio dell'onere della corresponsione della compartecipazione, i beneficiari dell'intervento sono tenuti al versamento della sola indennità di accompagnamento.

- Soggiorni brevi/lunghi

Nei primi 12 mesi, decorrenti dalla data di effettivo avvio dell'onere della corresponsione della compartecipazione a carico dei beneficiari del servizio (periodo di sperimentazione) , la soglia di non esenzione è fissata in 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso

	Tabella P	
Utente con ISEE < € 12.000,00	Utente con € 12.000,01 < ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso	Utente con ISEE > 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso
Utente Esente da compartecipazione	Utente con compartecipazione proporzionale al valore ISEE calcolata secondo la formula indicata nella seguente Tabella Q	Compartecipazione a totale carico dell'utente

Tabella Q

Formula per il calcolo della compartecipazione (a regime e dopo un primo periodo di sperimentazione).

S.E. = SOGLIA ESENZIONE (valore da individuarsi dopo un primo periodo di sperimentazione)

S.N.E. = SOGLIA NON ESENZIONE (4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso)

X = ISEE SOCIO SANITARIO

Y = quota sociale giornaliera

Z = compartecipazione orario del beneficiario

$$Z = [(X - S.E.) / (S.N.E. - S.E)] * Y$$

Nei primi 12 mesi (periodo di sperimentazione) è fissata la seguente soglia:

Utente con ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso = esenzione da compartecipazione

Utente con ISEE > 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso = compartecipazione a totale carico dell'utente

- Attività laboratoriali

Nei primi 12 mesi, decorrenti dalla data di effettivo avvio dell'onere della corresponsione della compartecipazione a carico dei beneficiari del servizio (periodo di sperimentazione), la soglia di

non esenzione è fissata in 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso secondo le tabelle seguenti.

Tabella R		
Utente con ISEE < € 12.000,00	Utente con € 12.000,01 < ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso	Utente con ISEE > 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso
Utente Esente da compartecipazione	Utente con compartecipazione proporzionale al valore ISEE calcolata secondo la formula indicata nella seguente Tabella S	Compartecipazione a totale carico dell'utente

Tabella S

Formula per il calcolo della compartecipazione (a regime e dopo un primo periodo di sperimentazione).

S.E. = SOGLIA ESENZIONE (valore da individuarsi dopo un primo periodo di sperimentazione)

S.N.E. = SOGLIA NON ESENZIONE (4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso)

X = ISEE SOCIO SANITARIO

Y = quota sociale giornaliera

Z = compartecipazione orario del beneficiario

$$Z = [(X - S.E.) / (S.N.E. - S.E)] * Y$$

Nei primi 12 mesi (periodo di sperimentazione) è fissata la seguente soglia:

Utente con ISEE < 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso = esenzione da compartecipazione

Utente con ISEE > 4 volte il minimo della pensione INPS dell'anno in corso = compartecipazione a totale carico dell'utente

ALLEGATO B

SCHEDA DI ACCESSO E SEGNALEZIONE DEL BISOGNO

ZONA – DISTRETTO VERSILIA

Scheda di Accesso e segnalazione del bisogno

(ai sensi dell'art. 9 L.R. 66/2008)


Zona Distretto Versilia

DATI ANAGRAFICI DELLA PERSONA

Cognome Nome

Luogo di nascita Data nascita

Codice Fiscale Recapito telefonico

Residenza (indirizzo, comune, prov)

Domicilio sanitario (se diverso dalla residenza) (indirizzo, comune, prov)

Sesso: *maschio* ☐ *femmina* ☐ CittadinanzaMedico assistito: MMG ☐ Pediatra di F. ☐

Cognome Nome

Certificazione L. 104/92 SI ☐ NO ☐ non so ☐se SI: in gravità SI ☐ NO ☐ non so ☐Invalidità SI ☐ NO ☐ non so ☐se SI: con accompagnamento SI ☐ NO ☐ non so ☐100% ☐ altra ☐ (specificare) %

SEGNALAZIONE

Tipo segnalazione: ☐ *primo contatto* ☐ *richiesta valutazione successiva non programmata*

Segnalatore (se diverso dall'interessato):

Cognome Nome

Rapporto con l'interessato Indirizzo

Recapito telefonico

PERSONA DI RIFERIMENTO (se diversa dal segnalatore)

Cognome Nome

A titolo di

Indirizzo Recapito telefonico

TIPOLOGIA DEL BISOGNO ESPRESSO

Semplice: sociale ☐ sanitario ☐ Complesso ☐ Urgente ☐

..... (breve descrizione)

DATA

.....

RUOLO / FIRMA OPERATORE

.....

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

Scheda di Accesso e segnalazione del bisogno

Fac-simile..... Scheda di accesso e segnalazione del bisogno	La scheda può essere integrata con tutte le informazioni che la zona distretto/ SdS ritiene opportuno raccogliere in sede di segnalazione del bisogno. E' cura di ciascuna zona distretto/ SdS inserire nella scheda gli eventuali richiami normativi relativi a DPR 445/2000 e privacy.
Obiettivo della scheda.....	Raccogliere i dati anagrafici della persona e aprire il fascicolo socio-sanitario, se trattasi di primo contatto.
Tipo segnalazione.....	Indicare: <ul style="list-style-type: none">• <i>primo contatto</i> qualora la persona non si è mai rivolta ai servizi territoriali e non è mai stato aperto il fascicolo socio-sanitario.• <i>richiesta valutazione successiva non programmata</i> qualora venga segnalato un caso già in carico ai servizi, che necessita di rivalutazione non programmata dalla UVM-UVMD, per sopravvenute modifiche sostanziali delle condizioni di bisogno.
Segnalatore (a titolo di...).....	Indicare solo se diverso dall'interessato. Rapporto con l'interessato: indicare se... <ul style="list-style-type: none">• familiare/ parente• rappresentante legale/ amministratore di sostegno• conoscente• volontario• amico• altro
Persona di riferimento.....	Si intende la persona (familiare/caregiver/non familiare) che è possibile contattare per comunicazioni o richieste.
Tipologia del bisogno espresso.....	Le voci non si escludono a vicenda; l'urgenza è indipendente dalla complessità del caso. Indicare brevemente l'evento o la richiesta segnalata.

ALLEGATO C

**SCHEDE DEI SERVIZI PRESENTI SUL
TERRITORIO AREA NON AUTOSUFFICIENZA E
DISABILITÀ
ZONA – DISTRETTO VERSILIA**

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD)

Oggetto:	Il Servizio di Assistenza Domiciliare, erogato in forma ordinaria e diretta, ha per oggetto prestazioni assistenziali alla persona presso il proprio domicilio a seguito di una valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.
Finalità:	Il servizio ha lo scopo di tutelare la salute e favorire il miglioramento della qualità della vita delle persone non autosufficienti mediante il mantenimento e recupero dell'autonomia personale all'interno del proprio contesto di vita.
Destinatari:	Il servizio è rivolto, di norma, agli anziani ultra-sessantacinquenni non autosufficienti per i quali è stato predisposto un PAP dall'UVM, mentre in via eccezionale alle persone infra-sessantacinquenni non autosufficienti assimilabili all'anziano, purché siano valutate da un medico specialista in Geriatria dell'Azienda Usl Toscana Nord-Ovest.
Tipologia di servizio:	<p>Le prestazioni di assistenza domiciliare sono riferite alla persona presso il proprio domicilio e si esplicano tramite interventi di :</p> <ul style="list-style-type: none"> - cura della persona, - cura della casa, - sostegno alla vita quotidiana, - tutoraggio, - sostegno alla vita di relazione <p>Il numero di ore settimanali previste non può essere superiore a 12.</p>
Iter procedimentale	L'iter procedimentale consiste, sulla base dell'istanza presentata dall'equipe territoriale, nell'elaborazione di un PAP da parte dell'UVM. Qua viene indicato il monte orario assegnato e le tipologie di prestazioni da erogare che l'oss deve svolgere.
Durata del servizio:	Il servizio ha durata, di norma, annuale corrispondente alla durata del PAP. Il monte orario viene stabilito dall'UVM. Alla scadenza, l'UVM provvederà alla conferma, aggiornamento, sospensione o interruzione.
Sospensione ed interruzione del servizio:	La sospensione e l'interruzione avvengono con comunicazione scritta dell'interessato o del legale rappresentante. L'interruzione può altresì essere corrisposta per nuove e sopravvenute esigenze quando l'equipe lo ritiene necessario.
Lista di priorità	<p>La lista di priorità è redatta mensilmente su una serie di indicatori così rappresentati:</p> <p>Isogravità, da 1 a 5;</p> <p>IACA, da 0 a 40;</p> <p>Copertura Assistenziale, da 0 a 10;</p> <p>CBI, da 0 a 96;</p> <p>Permanenza della cronologia, dove ad ogni giorno di permanenza in lista a partire dalla data di approvazione del PAP viene attribuito un valore di 0,01 punti.</p>

Servizio di Assistenza Domiciliare in Urgenza (SADU)

Oggetto:	Il Servizio di Assistenza Domiciliare, erogato in urgenza, ha per oggetto l'assistenza diretta a persone non autosufficienti e disabili ed alle loro famiglie.
Finalità:	Il servizio ha lo scopo di garantire alle persone non autosufficienti e disabili ed alle loro famiglie l'aiuto necessario per superare le difficoltà determinate da situazioni di emergenza sopravvenute. Di norma, il SADU non è attivato quando è già presente un assistente familiare privato o in caso di fruizione di un altro servizio domiciliare in urgenza.
Destinatari:	Il servizio è rivolto, di norma, agli anziani ultra-sessantacinquenni che si trovino in una improvvisa condizione di non autosufficienza. Per usufruirne, l'anziano non deve avere alcuna persona presente, oppure, qualora vi siano, non devono essere in grado di aiutarlo. L'UVM ha facoltà, unicamente per casi eccezionali e motivati, di autorizzare il SADU a persone infra-sessantacinquenni che presentino bisogni assistenziali coincidenti con la condizione di non autosufficienza ed un quadro clinico assimilabile all'anziano, purché siano valutate da un medico specialista in Geriatria dell'Azienda Usl Toscana Nord-Ovest .
Tipologia di servizio:	Le prestazioni di assistenza domiciliare in urgenza sono riferite alla persona presso il proprio domicilio ed hanno ad oggetto quanto necessario per il soddisfacimento dei suoi bisogni primari ed educazione del caregiver.
Iter procedimentale:	L'iter procedimentale consiste nella segnalazione da parte dell'Ospedale, dell'ACOT, delle Cure Intermedie, dei MMG, del Servizio Infermieristico, del Punto Insieme e del Servizio Sociale Professionale, di una condizione di bisogno improvviso. La segnalazione deve essere inviata al PUA che valutato il bisogno, invia una e-mail al Referente aziendale del SADU che procede alla sua valutazione (rete familiare e copertura assistenziale) e all'attivazione.
Durata del servizio:	Il servizio decorre da quando il referente aziendale del SADU propone alla persona e ai suoi familiari il progetto temporaneo assistenziale, concordando giorni, ore di intervento e attività da svolgere. Il servizio è erogato fino ad un massimo di 20 giorni e, di norma, non può essere attivato più di due volte nello stesso anno solare. Di norma, se l'assistito già beneficia del Sostegno Economico Integrato (SEI) non può usufruire del servizio SADU.
Sospensione ed interruzione del servizio:	L'interruzione dell'erogazione del servizio avviene tramite la rinuncia da parte del beneficiario o del legale rappresentante.

Sostegno Economico Integrato (SEI)

Oggetto:	Il Sostegno Economico Integrato ha per oggetto l'erogazione di contributi economici quale sostegno alla domiciliarità.
Finalità:	Il contributo ha lo scopo di incrementare i livelli di adeguatezza della risposta al bisogno e favorire il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente di vita.
Destinatari:	<p>Il servizio è rivolto, di norma, agli anziani ultra-sessantacinquenni non autosufficienti con isogravità da 3 a 5 per i quali è stato predisposto un PAP dall'UVM, mentre in via eccezionale alle persone infra-sessantacinquenni non autosufficienti assimilabili all'anziano, purché siano valutate da un medico specialista in Geriatria dell'Azienda Usl Toscana Nord-Ovest.</p> <p>Si precisa che il contributo di lavoro di cura del familiare (SEI F) è rivolto esclusivamente alle persone affette da demenza o altre patologie cerebrovascolari.</p>
Tipologia di servizio:	<p>Il servizio consiste nell'erogazione di un contributo economico mensile di due diverse tipologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia (SEI F), - copertura delle spese di cura dell'assistente familiare (SEI B). <p>Il contributo è determinato in relazione al livello di isogravità e al valore ISEE socio-sanitario e, nel secondo caso, è anche richiesta l'esibizione del contratto di lavoro dell'assistente familiare con la precisazione che l'importo del contributo non deve superare la retribuzione mensile erogata al lavoratore risultante dal contratto di lavoro.</p>
Iter procedimentale:	L'iter procedimentale consiste nella presa in carico del caso da parte dell'equipe per il quale viene proposto un PAP. Vi possono accedere le persone ultra-sessantacinquenni non autosufficienti con livelli di isogravità III°, IV° e V°. La valutazione è effettuata dall'UVM e, in caso di esito positivo, il contributo viene erogato
Durata della prestazione:	Il servizio ha durata, di norma, annuale corrispondente alla durata del PAP. L'importo del contributo secondo le specifiche indicate nell'allegato A. Alla scadenza, l'UVM provvede alla conferma, aggiornamento, sospensione o interruzione.
Sospensione ed interruzione del servizio:	<p>L'utente è tenuto, pena la sospensione/revoca, a produrre al Punto Insieme territorialmente competente la documentazione richiesta.</p> <p>Il contributo viene sospeso nel caso in cui il beneficiario usufruisca di prestazioni sanitarie o sociosanitarie di tipo residenziale superiori a 14 giorni. Nel caso di inserimento definitivo in struttura il contributo viene interrotto. A scadenza del PAP se la persona non produce la documentazione richiesta dall'UVM, il contributo viene sospeso per un massimo di tre mesi, trascorso tale tempo il destinatario decade dal beneficio. L'eventuale riattivazione del servizio non conferisce al beneficiario nessun diritto a ricevere gli arretrati.</p>
Lista di priorità	La lista di priorità è predisposta secondo l'ordine cronologico di redazione dei PAP rilevato dalla valutazione multidimensionale in sede di UVM. Ad ogni giorno di permanenza in lista a partire dalla data di approvazione del PAP, viene attribuito un valore di 0,01 punti; tale scarto centesimale differenzierà il punteggio complessivo attribuito a due o più persone con il medesimo livello di priorità.

Inserimento in Centri Diurni Anziani

Oggetto:	L'Inserimento nei Centri Diurni delle persone non autosufficienti ha ad oggetto un servizio semi-residenziale che fornisce alla famiglia interventi assistenziali e di sollievo nelle ore diurne.
Finalità:	Il servizio ha lo scopo di offrire un sostegno alla famiglia, in particolare per le situazioni caratterizzate da elevata intensità assistenziale (persone la cui condizione di bisogno è aggravata da disturbi cognitivi e del comportamento associati a forme varie di demenza) e per le quali sia possibile definire e attivare un programma di "cura" con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell'assistito e dei suoi familiari.
Destinatari:	Il servizio è rivolto, di norma, agli anziani ultra-sessantacinquenni non autosufficienti per i quali è stato predisposto un PdV dall'UVM, mentre in via eccezionale alle persone infra-sessantacinquenni non autosufficienti assimilabili all'anziano, purché siano valutate da un medico specialista in Geriatria dell'Azienda Usl Toscana Nord-Ovest.
Tipologia di servizio:	Il servizio consiste nell'accoglienza dell'anziano presso la struttura aperta dal lunedì al sabato, dalle ore 9:00 alle ore 17:00. La frequenza può essere sia par-time che full-time, con o senza pasto.
Iter procedimentale:	L'iter procedimentale consiste, sulla base dell'istanza presentata dall'equipe territoriale, nell'elaborazione di un PAP da parte dell'UVM. Il PAP è condiviso con la persona beneficiaria o con il suo rappresentante legale, dopodiché si procede alla sua attivazione o, nel caso questo non sia possibile, il beneficiario viene inserito in lista di priorità.
Durata del servizio:	Il servizio decorre dalla data di esecutività del PAP e fino al suo aggiornamento.
Sospensione ed interruzione del servizio:	La sospensione avviene in presenza di una richiesta della famiglia, del beneficiario o del rappresentante legale, nonché in caso di ricovero temporaneo. L'interruzione avviene con la rinuncia scritta del beneficiario o del suo rappresentante legale, nonché per nuove e sopravvenute esigenze quando l'equipe lo ritiene necessario.
Lista di priorità	La lista di priorità è predisposta qualora vi sia una indisponibilità temporanea di risorse, sia per inserimenti temporanei che permanenti. È disposta tenuto conto del Progetto redatto in sede di UVM e in base al punteggio ottenuto ¹ .

¹ Si rimanda alla sezione "Criteri per la redazione della lista di priorità", previsti dalla Procedura Aziendale 038 SA "Redazione e gestione della lista di priorità per l'inserimento nel modulo base in RSA"

Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Oggetto:	L'inserimento in RSA ha ad oggetto un servizio residenziale rivolto a persone che necessitano di assistenza continuativa sulle 24 ore, prive di adeguata rete assistenziale.
Finalità:	Il servizio ha lo scopo di offrire, alle persone che si trovano in una situazione di grave non autosufficienza, l'inserimento in una struttura che ne garantisca le più idonee prestazioni sanitarie unitamente a prestazioni sociali di tipo alberghiero.
Destinatari:	Il servizio è rivolto, di norma, agli anziani ultra-sessantacinquenni non autosufficienti per i quali è stato predisposto un PAP dall'UVM, mentre in via eccezionale alle persone infra-sessantacinquenni non autosufficienti assimilabili all'anziano, purché siano valutate da un medico specialista in Geriatria dell'Azienda Usl Toscana Nord-Ovest .
Tipologia di servizio:	Il servizio prevede che ogni cittadino abbia la facoltà di scegliere la struttura residenziale meglio rispondente alle proprie esigenze assistenziali e alle proprie aspettative, in base al diverso livello di tipologia dei bisogni suoi e della famiglia, sulla base del principio della libera scelta. Questa è applicabile solo per gli inserimenti in modulo base mentre per i moduli specialistici la struttura è individuata dall'UVM sulla base dell'appropriatezza del bisogno e dei posti disponibili. Le prestazioni di tipo residenziali prevedono una compartecipazione, limitatamente alla quota sociale, in base alle capacità economiche dell'assistito
Iter procedimentale:	Dopo una prima segnalazione del bisogno socio-assistenziale al Punto Insieme, abbiamo una valutazione complessiva, sia sociale che sanitaria, da parte dell'UVM, il quale predispone un PAP indicando i bisogni socio sanitari rilevanti, gli obiettivi da raggiungere e il conseguente servizio erogato. Successivamente il PAP verrà formalmente condiviso con la persona interessata o il suo legale rappresentate.
Durata del servizio:	Il servizio ha carattere di definitività e la decorrenza coincide con la data di effettivo inserimento in struttura. Nel caso in cui si modifichino le condizioni di socio sanitarie del beneficiario l'UVM procede ad eventuale rivalutazione dell'intervento.
Sospensione ed interruzione del servizio:	La sospensione avviene in presenza di una richiesta della famiglia, del beneficiario o del rappresentante legale, nonché in caso di ricovero ospedaliero temporaneo. L'interruzione avviene con la rinuncia scritta del beneficiario o del suo rappresentante legale, nonché per nuove e sopravvenute esigenze quando l'equipe lo ritiene necessario.
Lista di priorità:	La collocazione nella lista di priorità, sia per inserimenti temporanei che permanenti, viene disposta tenuto conto del Progetto redatto in sede di UVM e in base al punteggio ottenuto ² .

² Si rimanda alla sezione "Criteri per la redazione della lista di priorità", previsti dalla Procedura Aziendale 038 SA "Redazione e gestione della lista di priorità per l'inserimento nel modulo base in RSA", di cui all'allegato D

Contributo economico al caregiver non autosufficiente o disabile

Oggetto:	Il contributo caregiver ha ad oggetto una prestazione economica indiretta a favore dei parenti che si prendono cura e assistono un familiare non autosufficiente o disabile.
Finalità:	Il servizio ha lo scopo primario di dare sostegno e sollievo al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare migliorandone la qualità di vita e promuovendone un percorso di presa in carico globale.
Destinatari:	Il Servizio ha come destinatari le persone che assistono e si prendono cura - del coniuge, - dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, - 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 ¹¹ che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non siano autosufficienti ed in grado di prendersi cura di sé e siano riconosciute disabili in condizione di gravità, in quanto bisognose di assistenza globale e continua di lunga durata. Tra gli aventi diritto sono indicate le seguenti priorità di destinatari: - caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, - caregiver di persone oggetto di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione.
Tipologia di servizio:	Il servizio consiste nell'erogazione di un contributo economico determinato sulla base delle risorse disponibili e corrisponde ad un massimo di euro 400,00. In presenza di altri contributi la somma suddetta può essere ridotta. Il contributo economico è da intendersi nei termini di "assegno di cura", e, come tale, non soggetto a rendicontazione.
Iter procedimentale:	L'iter procedimentale consiste nella presa in carico attraverso l'accesso agli sportelli di Segretariato Sociale/Punti Insieme. L'UVM/UVMD, una volta valutati i requisiti, definiscono il PAP/PdV.
Durata del servizio:	Il servizio decorre dalla data di esecutività del PAP/PdV e fino al suo aggiornamento. In caso di revisione del PAP/PdV il contributo economico è soggetto ad eventuale rimodulazione.
Sospensione ed interruzione del servizio:	Il servizio viene rivalutato almeno annualmente e viene sospeso o interrotto se non vi sono più i requisiti previsti dalla normativa.
Lista di priorità:	Le graduatorie sono predisposte secondo l'ordine cronologico di redazione dei PAP/PdV.

Contributo economico al caregiver non autosufficiente o disabile

Oggetto:	Il contributo caregiver ha ad oggetto una prestazione economica indiretta a favore dei parenti che si prendono cura e assistono un familiare non autosufficiente o disabile.
Finalità:	Il servizio ha lo scopo primario di dare sostegno e sollievo al ruolo di cura e assistenza del caregiver familiare migliorandone la qualità di vita e promuovendone un percorso di presa in carico globale.
Destinatari:	Il Servizio ha come destinatari le persone che assistono e si prendono cura - del coniuge, - dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto, - 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 ¹¹ che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non siano autosufficienti ed in grado di prendersi cura di sé e siano riconosciute disabili in condizione di gravità, in quanto bisognose di assistenza globale e continua di lunga durata. Tra gli aventi diritto sono indicate le seguenti priorità di destinatari: - caregiver di persone in condizione di disabilità gravissima, - caregiver di persone oggetto di programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione.
Tipologia di servizio:	Il servizio consiste nell'erogazione di un contributo economico determinato sulla base delle risorse disponibili e corrisponde ad un massimo di euro 400,00. In presenza di altri contributi la somma suddetta può essere ridotta. Il contributo economico è da intendersi nei termini di "assegno di cura", e, come tale, non soggetto a rendicontazione.
Iter procedimentale:	L'iter procedimentale consiste nella presa in carico attraverso l'accesso agli sportelli di Segretariato Sociale/Punti Insieme. L'UVM/UVMD, una volta valutati i requisiti, definiscono il PAP/PdV.
Durata del servizio:	Il servizio decorre dalla data di esecutività del PAP/PdV e fino al suo aggiornamento. In caso di revisione del PAP/PdV il contributo economico è soggetto ad eventuale rimodulazione.
Sospensione ed interruzione del servizio:	Il servizio viene rivalutato almeno annualmente e viene sospeso o interrotto se non vi sono più i requisiti previsti dalla normativa.
Lista di priorità:	Le graduatorie sono predisposte secondo l'ordine cronologico di redazione dei PAP/PdV.

Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD) Disabili

Oggetto:	Il Servizio di Assistenza Domiciliare, erogato in forma diretta, ha per oggetto l'assistenza diretta a persone in situazione di handicap.
Finalità:	Il servizio ha lo scopo di garantire un supporto a domicilio al caregiver o in sua assenza direttamente all'assistito.
Destinatari:	Il servizio è rivolto, di norma, alle persone disabili secondo la legge 104/1992 (art. 3, comma 1 e comma 3) ³ , per le quali è stato elaborato un Progetto di Vita sulla base della valutazione multidimensionale effettuata in sede UVMD.
Tipologia di servizio:	Il servizio di assistenza domiciliare è riferito alla persona presso il proprio domicilio ed ha ad oggetto quanto necessario per il soddisfacimento dei suoi bisogni primari (cura e igiene della persona), nonché, in presenza di particolari condizioni opportunamente documentate, servizi di assistenza riconducibili al lavoro domestico. Il numero di ore settimanali previste non può essere superiore a 12.
Iter procedimentale:	L'iter procedimentale consiste, sulla base dell'istanza presentata dall'equipe territoriale, nell'elaborazione di un PdV da parte dell'UVMD.
Durata del servizio:	Il servizio decorre dalla data in cui viene erogata e dura fino alla scadenza del Piano (ha una durata di 12 mesi). Il monte orario viene stabilito dalla valutazione multidimensionale in base al bisogno della persona.
Sospensione ed interruzione del servizio:	La sospensione avviene in presenza di una richiesta della famiglia e/o del beneficiario, nonché in caso di ricovero temporaneo. L'interruzione avviene con la rinuncia scritta del beneficiario o del suo rappresentante legale, nonché per nuove e sopravvenute esigenze quando l'equipe lo ritiene necessario.
Lista di priorità	La lista di priorità segue l'ordine cronologico.

3 Ai sensi dell' art. 3, co. 3, della Legge 5 febbraio 1992, n. 104, "Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravita'. Le situazioni riconosciute di gravita' determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici ".

Contributo Vita Indipendente

Oggetto:	Il contributo Vita Indipendente ha ad oggetto l'erogazione di una prestazione economica mensile finalizzata all'assunzione di assistenti personali.
Finalità:	La finalità del servizio consiste nel garantire il diritto all'autodeterminazione della persona con disabilità che manifesta la volontà di realizzare un personale PdV orientato: <ul style="list-style-type: none"> - al completamento del percorso di studi, - alla formazione professionale o universitaria per l'inserimento sociolavorativo, - alla valorizzazione delle proprie capacità funzionali nel contesto lavorativo, nell'agire sociale e in favore di iniziative solidali, attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane compreso l'esercizio delle responsabilità genitoriali.
Destinatari:	Il servizio è rivolto a tutte le persone di età superiore ai 18 anni in possesso della certificazione di gravità (art. 3, co.3, l.104/1992) che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale.
Tipologia di servizio:	Il servizio prevede l'erogazione di un contributo economico per l'assunzione di personale privato ammontante mensilmente ad un valore compreso tra euro 800,00 ed euro 1.800,00, salva la possibilità di finanziare progetti che richiedono un contributo inferiore. A fronte dell'erogazione del contributo è previsto l'obbligo di rendicontazione a carico del beneficiario.
Iter procedimentale:	L'iter procedimentale consiste nella presentazione da parte dell'interessato o del legale rappresentante di una apposita domanda da sottoporre all'attenzione dell'UVMD, o in casi eccezionali dall'UVM, che ne valuta l'idoneità del progetto e ne ridimensiona eventualmente l'importo da erogare mensilmente. In ogni caso il PdV viene condiviso e sottoscritto dalla persona o dal suo legale rappresentante.
Durata del servizio:	Il servizio decorre dalla data di esecutività del PAP/PdV e fino a quando sussistano le condizioni ed i requisiti previsti. Laddove queste cessino, l'UVM/UVMD indirizza la persona con disabilità verso interventi ritenuti più idonei.
Sospensione ed interruzione del servizio:	La Zona contesta per iscritto alla persona interessata eventuali inadempienze, assegnando un termine per la loro giustificazione. Le inadempienze che possono determinare la revoca del finanziamento del progetto sono: <ul style="list-style-type: none"> - destinazione delle risorse economiche a scopi diversi, - inadempienze agli obblighi assunti nel PAP/PdV, - documentazione di spesa non pertinente, - mancato rispetto degli obblighi contrattuali nei riguardi dell'assistente/i personale/i, - mancato rispetto di quanto previsto a livello progettuale, - mancato rispetto della normativa di riferimento in materia di "Vita Indipendente".
Lista di priorità	Le graduatorie sono predisposte secondo l'ordine cronologico di redazione del PAP/PdV.

Contributo SLA

Oggetto:	Il contributo SLA ha ad oggetto l'erogazione di una prestazione economica mensile finalizzata all'assunzione di assistenti personali.
Finalità:	Il contributo ha lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza rivolta alle persone affette da SLA promuovendo un percorso di presa in carico globale centrato sulla persona e sui familiari.
Destinatari:	Il servizio è rivolto ai disabili con Sindrome Laterale Amiotrofica che si trovano nella fase avanzata della malattia e che vengono assistite a casa.
Tipologia di prestazione:	La prestazione si concretizza nell'assegnazione di un contributo economico mensile pari ad euro 1.650,00 destinato all'assunzione di uno o più assistenti familiari e/o all'assunzione del familiare caregiver per lo svolgimento di attività di aiuto e supporto alla persona. Per accedere alla prestazione è necessario produrre certificazione redatta dallo specialista neurologo del servizio pubblico che attesti la presenza degli specifici requisiti clinici previsti dalla normativa. Il contributo è incompatibile con il ricovero residenziale in struttura sanitaria o sociosanitaria (se non limitato a pochi giorni).
Iter procedimentale:	L'iter procedimentale inizia con la formulazione della diagnosi da parte dello specialista neurologo e l'invio della persona e della sua famiglia agli sportelli di segretariato sociale/punto insieme. Il percorso assistenziale per le persone con questa disabilità viene predisposto attraverso un PAP/PdV elaborato dall'UVM/UVMD. All'interno del Piano sono registrate le informazioni necessarie per attivare gli interventi appropriati al caso concreto Il beneficio economico non è retroattivo e viene riconosciuto solo a seguito del completamento dell'istruttoria, con decorrenza dal mese successivo a quello del provvedimento di ammissione.
Durata della prestazione:	La prestazione decorre dall'inizio del PAP/PdV. Data la caratteristica del contributo, lo stesso è erogato fino al permanere del beneficiario nella propria abitazione.
Sospensione ed interruzione del servizio:	Il contributo economico rimane fin quando la persona si trova all'interno della propria abitazione e cessa quando questa viene trasferita (non provvisoriamente) all'interno di una struttura residenziale.
Lista di priorità:	Le graduatorie sono predisposte secondo l'ordine cronologico di redazione dei PdV-PAP.

Contributo Disabilità Gravissime

Oggetto:	Il Contributo Disabilità Gravissime garantisce a persone con gravissime disabilità di ricevere un'assistenza continua attraverso l'erogazione di un contributo mensile
Finalità:	il contributo ha lo scopo, laddove possibile, di dare un sostegno alla permanenza al domicilio della persona con disabilità gravissima. Garantisce risposte eque ed omogenee al fine di migliorare la qualità della vita del disabile, promuovendo un percorso di presa in carico globale centrato sulla persona e sui familiari.
Destinatari:	Il servizio è rivolto alle persone non autosufficienti o disabili che presentano le caratteristiche sanitarie di cui all'allegato A della D.G.R.T. n. 680/2022 ⁴ .
Tipologia di prestazione:	La prestazione consiste nell'erogazione di un contributo economico finalizzato all'assunzione di un assistente personale o può configurarsi come assegno di cura in presenza di determinate condizioni e qualora il disabile sia un minore.
Iter procedimentale:	Il ruolo centrale della presa in carico della persona con disabilità gravissima è assunto dalle équipe valutative multidisciplinari UVM/UVMD integrate dalle figure professionali (medici specialisti) competenti per patologia nei singoli casi. L'équipe, valutata la condizione clinica della persona, definisce il PAP/PdV. In relazione al livello di complessità assistenziale, stabilito in sede di valutazione dalla équipe valutativa multidisciplinare integrata, viene attivata l'erogazione di un contributo economico mensile che può variare tra euro 900,00 ed euro 1.200,00 per l'assunzione di personale o l'acquisto di prestazioni e servizi. Qualora l'UVMD preveda un assegno di cura l'importo spettante varia da euro 800,00 ad euro 1.100,00.

4 Ai sensi dell'all. A della D.G.R.T. 13 giugno 2022, n. 680 :

"a) persone in condizione di coma, Stato Vegetativo (SV) oppure di Stato di Minima Coscienza (SMC) e con punteggio nella scala Glasgow Coma Scale (GCS) ≤ 10 ;

b) persone dipendenti da ventilazione meccanica assistita o non invasiva continuativa (24/7);

c) persone con grave o gravissimo stato di demenza con un punteggio sulla scala Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) ≥ 4 ;

d) persone con lesioni spinali fra C0/C5, di qualsiasi natura, con livello della lesione, identificata dal livello sulla scala ASIA Impairment Scale (AIS) di grado A o B. Nel caso di lesioni con esiti asimmetrici ambedue le lateralità devono essere valutate con lesione di grado A o B;

e) persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare con bilancio muscolare complessivo ≤ 1 ai 4 arti alla scala Medical Research Council (MRC), o con punteggio alla Expanded Disability Status Scale (EDSS) ≥ 9 , o in stadio 5 di Hoehn e Yahr mod;

f) persone con deprivazione sensoriale complessa intesa come compresenza di minorazione visiva totale o con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione o con residuo perimetrico binoculare inferiore al 10 per cento e ipoacusia, a prescindere dall'epoca di insorgenza, pari o superiore a 90 decibel HTL di media fra le frequenze 1 500, 1000, 2000 hertz nell'orecchio migliore;

g) persone con gravissima disabilità comportamentale dello spettro autistico ascritta al livello 3 della classificazione del DSM-5;

h) persone con diagnosi di Ritardo Mentale Grave o Profondo secondo classificazione DSM-5, con $QI \leq 34$ e con punteggio sulla scala Level of Activity in Profound/Severe Mental Retardation (LAPMER) ≤ 8 ;

i) ogni altra persona in condizione di dipendenza vitale che necessiti di assistenza continuativa e monitoraggio nelle 24 ore, sette giorni su sette, per bisogni complessi derivanti dalle gravi condizioni psicofisiche."

	Il contributo economico non è in alcun modo retroattivo e non è compatibile con altri contributi economici erogati con le medesime finalità, di sostegno alla permanenza al domicilio della persona con disabilità gravissima, ad eccezione del contributo care giver. La soglia di reddito (ISEE), per l'ammissibilità al contributo economico è pari ad euro 60.000,00.
Durata della prestazione:	Nel caso di modifiche sostanziali delle condizioni di salute dell'interessato e comunque almeno annualmente, l'equipe valutativa multidisciplinare procede ad una verifica degli obiettivi progettuali e rivalutazione delle condizioni di bisogno della persona. Il contributo economico potrà di conseguenza essere rimodulato, al fine di adeguarlo alla nuova situazione di bisogno assistenziale.
Sospensione ed interruzione del servizio:	In caso di ricovero della persona in una struttura sanitaria o sociosanitaria, l'erogazione del contributo è sospesa. Può essere fatta eccezione per ricoveri di breve periodo (non superiori a 60 giorni).
Lista di priorità:	Le graduatorie sono predisposte secondo l'ordine cronologico di redazione dei PdV/PAP.

Inserimento in Centri Diurni Disabili

Oggetto:	L'Inserimento nei Centri Diurni delle persone disabili ha ad oggetto un servizio semi-residenziale che fornisce al beneficiario interventi educativi, riabilitativi, assistenziali e di sollievo per la famiglia.
Finalità:	Il servizio ha lo scopo di offrire un sostegno alla famiglia, in particolare per le situazioni caratterizzate da elevata intensità assistenziale.
Destinatari:	Il servizio è rivolto ai disabili in situazione di gravità, con età compresa tra 18 e 64 anni, i quali presentano una compromissione dell'autonomia tale da impedire il normale svolgimento della vita quotidiana.
Tipologia di servizio:	Il servizio consiste nell'accoglienza del disabile presso la struttura aperta dal lunedì al sabato, dalle ore 9:00 alle ore 17:00. La frequenza può essere sia par-time che full-time, con o senza pasto.
Iter procedimentale:	L'iter procedimentale consiste, sulla base dell'istanza presentata dall'equipe territoriale, nell'elaborazione di un PdV da parte dell'UVMD. Il PdV è condiviso con la persona beneficiaria o con il suo rappresentante legale, dopodiché si procede alla sua attivazione o, nel caso questo non sia possibile, il beneficiario viene inserito in lista di priorità.
Durata del servizio:	Il servizio decorre dalla data di esecutività del PAP e fino al suo aggiornamento.
Sospensione ed interruzione del servizio:	La sospensione avviene in presenza di una richiesta della famiglia, del beneficiario o del rappresentante legale, nonché in caso di ricovero temporaneo. L'interruzione avviene con la rinuncia scritta del beneficiario o del suo rappresentante legale, nonché per nuove e sopravvenute esigenze quando l'equipe lo ritiene necessario.
Lista di priorità	La collocazione nella lista di priorità, sia per inserimenti temporanei che permanenti tiene conto del Progetto redatto in sede di UVM e in base all'ordine cronologico.

Inserimento in Residenze Sanitarie Disabili (RSD)

Oggetto:	L'inserimento in RSD ha ad oggetto un servizio residenziale rivolto a persone che necessitano di assistenza continuativa sulle 24 ore, prive di adeguata rete assistenziale.
Finalità:	Il servizio ha lo scopo di offrire, alle persone che si trovano in una situazione di grave non autosufficienza, l'inserimento in una struttura che ne garantisca le più idonee prestazioni sanitarie unitamente a prestazioni sociali di tipo alberghiero.
Destinatari:	Il servizio è rivolto ai disabili di età compresa tra 18 e 64 anni con handicap in situazione di gravità che necessitano di un'elevata intensità assistenziale e continuativa, per le quali non è più possibile il mantenimento al domicilio.
Tipologia di servizio:	Le prestazioni di tipo residenziali possono prevedere una compartecipazione, limitatamente alla quota sociale, in base alle capacità economiche dell'assistito.
Iter procedimentale:	L'iter procedimentale consiste, sulla base dell'istanza presentata dall'equipe territoriale, nell'elaborazione di un PdV da parte dell'UVMD. Il PdV è condiviso con la persona beneficiaria o con il suo rappresentante legale, dopodiché si procede alla sua attivazione o, nel caso questo non sia possibile, il beneficiario viene inserito in lista di priorità.
Durata del servizio:	Il servizio ha carattere di definitività e la decorrenza coincide con la data di effettivo inserimento in struttura. Nel caso in cui si modifichino le condizioni di socio sanitarie del beneficiario l'UVMD procede ad eventuale rivalutazione dell'intervento.
Sospensione ed interruzione del servizio:	La sospensione avviene in presenza di una richiesta della famiglia, del beneficiario o del rappresentante legale, nonché in caso di ricovero ospedaliero temporaneo. L'interruzione avviene con la rinuncia scritta del beneficiario o del suo rappresentante legale, nonché per nuove e sopravvenute esigenze quando l'equipe lo ritiene necessario.
Lista di priorità	La lista di priorità collocazione nella lista di priorità, sia per inserimenti temporanei che permanenti, tenuto conto del Progetto redatto in sede di UVMD in base al punteggio ottenuto e all'ordine cronologico.

Inserimento in Comunità Alloggio Protette (CAP)

Oggetto:	L'inserimento in CAP ha ad oggetto un servizio residenziale rivolto a persone che necessitano di assistenza continuativa sulle 24 ore, prive di adeguata rete assistenziale
Finalità:	Il servizio ha lo scopo di offrire, alle persone che si trovano in una situazione di bassa e media intensità assistenziale, l'inserimento in una struttura che ne garantisca le più idonee prestazioni sanitarie unitamente a prestazioni sociali di tipo alberghiero.
Destinatari:	Il servizio è rivolto ai disabili di età compresa tra 18 e 64 anni con handicap in situazione di gravità che necessitano di un'elevata intensità assistenziale e continuativa per le quali non è più possibile il mantenimento al domicilio.
Tipologia di servizio:	Il servizio di tipo residenziale prevede una compartecipazione, limitatamente alla quota sociale, in base alle capacità economiche dell'assistito
Iter procedimentale:	Dopo una prima segnalazione del bisogno socio-assistenziale al Segretariato sociale abbiamo una valutazione complessiva, sia sociale che sanitaria, da parte dell'UVMD, il quale predispone con il cittadino un PdV indicando i bisogni socio sanitari rilevanti e il servizio più idoneo al bisogno.
Durata del servizio:	Il servizio ha carattere di definitività e la decorrenza coincide con la data di effettivo inserimento in struttura. Nel caso in cui si modifichino le condizioni di socio sanitarie del beneficiario l'UVMD procede ad eventuale rivalutazione dell'intervento
Sospensione ed interruzione del servizio:	La sospensione avviene in presenza di una richiesta della famiglia, del beneficiario o del rappresentante legale, nonché in caso di ricovero ospedaliero temporaneo. L'interruzione avviene con la rinuncia scritta del beneficiario o del suo rappresentante legale, nonché per nuove e sopravvenute esigenze quando l'equipe lo ritiene necessario.
Lista di priorità	La lista di priorità, sia per inserimenti temporanei che permanenti, tiene conto del PdV redatto in sede di UVMD in base al punteggio ottenuto e all'ordine cronologico.

Il Durante e Dopo di Noi

Oggetto:	Il Dopo di Noi ed il Durante Noi ha ad oggetto la disciplina delle misure di assistenza, cura e protezione a favore delle persone con disabilità grave che non sia determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità.
Finalità:	Il servizio ha lo scopo di evitare l'istituzionalizzazione favorendo alcuni percorsi che possono sviluppare una progressiva autonomia del disabile. È isto in una logica di personalizzazione degli interventi compatibili con il PdV redatto dall'UVMD.
Destinatari:	Il servizio è rivolto alle persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni affette da disabilità grave che siano: - prive del sostegno familiare in quanto i genitori, se presenti, non sono in grado di fornire il sostegno adeguato, - soggetti ad una progressiva presa in carico della persona interessata già durante l'esistenza in vita dei genitori o in vista del venir meno del sostegno.
Tipologia di prestazione:	Le prestazioni possono riguardare: a) percorsi programmati e personalizzati di accompagnamento per l'uscita dal nucleo familiare ovvero per la deistituzionalizzazione; b) il supporto alla domiciliarità attraverso la costituzione di alloggi in abitazioni, gruppi appartamento o soluzioni di co-housing che riproducano le condizioni abitative e le relazioni della casa familiare; c) percorsi di accrescimento della consapevolezza e per l'abilitazione e lo sviluppo delle competenze per favorire l'autonomia e una migliore gestione della vita quotidiana.
Iter procedimentale:	Tali misure vengono presentate dall'UVMD attraverso la redazione di un PdV con il coinvolgimento dei soggetti interessati, nel rispetto della volontà delle persone con disabilità grave, dei loro genitori (ove possibile) o di chi ne cura e tutela gli interessi.
Durata del servizio:	La prestazione permane fin quando vi sono le condizioni e i requisiti previsti dal PdV. Laddove queste cessino, ed in ogni caso al compimento del 65° anno di età del beneficiario, l'UVMD indirizza la persona con disabilità verso interventi più appropriati ai suoi bisogni.
Lista di priorità	Le graduatorie sono predisposte secondo l'ordine cronologico di redazione dei PdV.

Aiuto alla Persona

Oggetto:	Il servizio Aiuto alla persona ha ad oggetto un contributo economico una tantum a fronte di spese sostenute per attività di supporto rivolte a disabili.
Finalità:	Il predetto contributo persegue le seguenti finalità: <ul style="list-style-type: none"> - favorire l'autonomia personale sostenendo il soggetto nei quotidiani compiti di cura e igiene personale; - promuovere l'integrazione sociale e la normale vita di relazione facilitando la partecipazione del soggetto alla vita sociale; - favorire il superamento delle barriere comunicative laddove non siano superabili con i normali ausili tecnici.
Destinatari:	Il servizio è rivolto a minori e ad adulti affetti da disabilità grave che non usufruiscono di altro contributo correlato allo stato di disabilità.
Tipologia di servizio:	Il servizio ha ad oggetto: <ul style="list-style-type: none"> - la realizzazione di progetti rivolti a minori da svolgersi nel periodo extrascolastico finalizzati alla socializzazione ed all'inclusione; - la realizzazione di interventi di carattere socio-assistenziale rivolti agli adulti finalizzati a rafforzare lo sviluppo delle loro capacità e a permettere loro una maggiore autonomia, promuovendone così l'inclusione sociale; - eventuali ulteriori interventi di natura temporanea finalizzati al mantenimento delle autonomie.
Iter procedimentale:	L'interessato o il legale rappresentante presenta la domanda da sottoporre all'attenzione dell'UVMD, che ne valuta la completezza e l'idoneità del progetto presentato. In relazione agli obiettivi predisposti, è concesso un contributo economico annuo di importo non superiore ad euro 3.000,00 annuali, salvo la possibilità di finanziare progetti che richiedono un contributo di importo inferiore. Il contributo economico in oggetto non è compatibile con altri contributi correlati allo stato di disabilità.
Durata del servizio:	Il servizio si esaurisce con l'erogazione del contributo previsto nel PdV, a seguito di avvenuta rendicontazione.
Sospensione ed interruzione del servizio:	La Zona gestore è tenuta a contestare per iscritto, alla persona interessata, eventuali inadempienze, quale la rendicontazione peraltro obbligatoria, assegnando un termine per il loro adempimento.
Lista di priorità:	La lista di priorità sono predisposte secondo l'ordine cronologico di redazione dei PdV.

Progetto Home Care Premium (HCP)

Oggetto:	il Progetto Home Care Premium ha ad oggetto prestazioni sociali in favore di dipendenti e pensionati pubblici e dei loro familiari disabili o non autosufficienti purché iscritti al Fondo Prevenzione Credito.
Finalità:	Il servizio ha lo scopo di garantire la cura a domicilio delle persone non autosufficienti o disabili attraverso prestazioni socio-assistenziali.
Destinatari:	Il servizio è rivolto ai dipendenti e pensionati pubblici, ai loro coniugi o uniti civilmente, ai parenti di primo grado (anche non conviventi) e, qualora il dipendente o pensionato ne rivesta la qualifica di tutore o curatore, anche i fratelli, le sorelle e gli affini di primo grado.
Tipologia di servizio:	Il servizio si concretizza nell'erogazione, da parte dell'INPS, di un contributo mensile a titolo di rimborso per l'assunzione di un'assistente domiciliare con contratto almeno pari alla durata del Progetto HCP (30 giugno 2025), la c.d. "prestazione prevalente". Inoltre, è possibile assegnare, nei limiti del budget assegnato, una o più prestazioni a favore dell'assistenza della persona, c.d. "prestazione integrativa", svolta dagli operatori economici (associazioni o liberi professionisti) del territorio che hanno aderito al Progetto
Iter procedimentale:	E' necessario presentare domanda di partecipazione sul portale INPS accedendo con le proprie credenziali (PIN, SPID, CIE o CNS). Qualora il beneficiario non coincida con il titolare, quest'ultimo deve prima provvedere ad iscriverlo al Programma "Accesso ai servizi di Welfare". L'iscrizione è propedeutica alla presentazione della domanda in "Welfare in un click" su "Scelta Prestazione". Le attestazioni ISEE vengono acquisite direttamente dall'INPS. Una volta che l'istruttoria è completa l'INPS comunica alla persona, tramite sms o e-mail, l'esito della domanda.
Durata del servizio:	Ogni anno il valore ISEE deve essere aggiornato presentando una nuova DSU dal 1 gennaio al 28 febbraio. La prestazione prevalente e il budget delle prestazioni integrative vengono aggiornati a decorrere dal 1° aprile successivo. La mancata presentazione della DSU comporta l'automatica assegnazione nella fascia ISEE più alta per la determinazione della prestazione prevalente e non si darà luogo all'assegnazione di un budget per le prestazioni integrative.
Sospensione ed interruzione del servizio:	Oltre a quanto sopra visto per le prestazioni integrative queste possono essere altresì sospese o interrotte, laddove il beneficiario superi in sei mesi il monte ore previsto dal Piano.

ALLEGATO D

PROCEDURA AZIENDALE 038 SA

**“ Redazione e gestione della lista di priorità per
l’inserimento nel modulo base in RSA “**


Dipartimento Servizi Sociali, Non Autosufficienza e Disabilità

REDAZIONE E GESTIONE DELLE LISTE DI PRIORITÀ PER INSERIMENTI NEL MODULO BASE IN RSA

Sintesi contenuti del documento

Il presente documento definisce le modalità di inserimento e di gestione dei pazienti in attesa di essere accolti in RSA.

Redatto	Verificato	Approvato
Assistente Sociale Area Non Autosufficienza e Disabilità Zona Versilia Gioiella Galli	VERIFICA TECNICA/SOSTANZIALE Dipartimento Servizi Sociali, Non Autosufficienza e Disabilità Laura Guerrini	Direttore Generale Maria Letizia Casani Direttore Amministrativo Gabriele Morotti Direttore Sanitario Giacomo Corsini
	VERIFICA FORMALE UOC Sviluppo Qualità Aziendale e Accreditamento Direttore Ivano Cerretini	
Referente del documento ICO Dipartimento SSNAD Erika Viligiardi		

	<p><i>DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA</i></p> <p>REDAZIONE E GESTIONE DELLA LISTA DI PRIORITÀ PER INSERIMENTI NEL MODULO BASE IN RSA</p>	<p>PRO AZ 038 SA Rev. 1 Pubblicato il 2.09.22 Prescrittivo dal 17.09.22 Pag. 2 di 13</p>
--	---	--

ELENCO ALLEGATI

- **Allegato 1:** Modulo rinuncia PAP
- **Allegato 2:** Comunicazione titolo di acquisto
- **Allegato 3:** Comunicazione struttura prescelta per l'inserimento
- **Allegato 4:** Comunicazione e autorizzazione per l'inserimento alla RSA scelta
- **Allegato 5:** Accordo tra la struttura RSA e gli uffici amministrativi zonali

Parole chiave:


Attesa, priorità, RSA

.....

SOMMARIO

1. SCOPO/OBIETTIVI.....	3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
3. ABBREVIAZIONI/DEFINIZIONI (ORDINE LOGICO O ALFABETICO).....	3
4. CONTENUTI/DESCRIZIONI DELLE ATTIVITÀ/MODALITÀ OPERATIVE.....	5
4.1 LISTA DI PRIORITA'.....	6
4.2 CRITERI PER LA REDAZIONE DELLA LISTA DI PRIORITA'.....	6
TABELLA 1.....	6
4.3 GESTIONE DELLA LISTA DI PRIORITA'.....	7
4.4 MODALITA' OPERATIVE.....	9
5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ / DIAGRAMMA DI FLUSSO / CHECK LIST CONTROLLO DOCUMENTI.....	10
DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	11
6. DOCUMENTI SOSTITUITI O AGGIORNATI.....	12
7. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO INTERNI.....	12
8. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO ESTERNI.....	12
9. DISTRIBUZIONE.....	13
10. GRUPPO DI REDAZIONE/VERIFICA.....	13

.....

	<p><i>DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA</i></p> <p>REDAZIONE E GESTIONE DELLA LISTA DI PRIORITÀ PER INSERIMENTI NEL MODULO BASE IN RSA</p>	<p>PRO AZ 038 SA Rev. 1 Pubblicato il 2.09.22 Prescrittivo dal 17.09.22 Pag. 3 di 13</p>
--	---	--

1. Scopo/obiettivi

Il Dipartimento Servizio Sociale Non Autosufficienza e Disabilità ha coordinato, all'interno delle Zone Distretto/SdS della Azienda Usl toscana Nord Ovest, il gruppo di lavoro multidisciplinare per la redazione della seguente procedura.

Alla luce della normativa Regionale di riferimento la presente procedura ha l'obiettivo di definire in maniera omogenea:

1. criteri e le modalità di redazione e di tenuta/gestione delle liste di priorità per ricoveri permanenti e temporanei in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA);
2. ruoli, compiti e responsabilità di ciascun professionista/operatore coinvolto nel processo oggetto della presente procedura.

2. Campo di applicazione

La procedura è applicata ai professionisti/operatori (medici, infermieri, assistenti sociali, operatori amministrativi) afferenti alle strutture di seguito elencate: Servizi Sociali, Non Autosufficienza e Disabilità; Cure Primarie; Assistenza Infermieristica di famiglia e comunità; Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM); Punto Unico di Accesso (PUA).

La procedura sarà applicata dal momento della pubblicazione su Igea su tutti i nuovi casi; per i vecchi casi già inseriti nella Lista di Priorità di ogni Zona, sarà necessario eseguire una rivalutazione ai sensi dei criteri contenuti nella presente procedura.

Le rivalutazioni dovranno essere effettuate entro tre mesi dalla data di pubblicazione su Igea.

In questo periodo di transizione saranno attive in ciascuna Zona entrambe le Liste di Priorità.

Alla fine del periodo di rivalutazione, sarà cura dei Direttori di Zona Distretto/SdS comunicare alla Direzione Aziendale l'adozione di un'unica lista.

3. Abbreviazioni/definizioni (ordine logico o alfabetico)

CARE GIVER - persona che si fa carico dell'assistenza.

CASE MANAGER - referente del caso, garantisce la presa in carico dell'utente nonché il coordinamento e la continuità fra i servizi territoriali.

CBI - Scheda per la misurazione dello stress del caregiver. In assenza di caregiver il CBI è NON APPLICABILE, con assegnazione di punteggio 96/96.

INDICE IACA – Indice di adeguatezza della condizione ambientale (valutazione della rete assistenziale, della condizione abitativa e della condizione economica). La normativa vigente prevede che l'inserimento permanente in RSA sia ritenuto appropriato in

presenza di un'assoluta inadeguatezza ambientale contestualizzata ad un elevato bisogno assistenziale. A tal fine il range IACA massimo previsto per l'inserimento permanente in RSA è uguale o inferiore a 23. Lo IACA superiore a 23 è considerato per ammissibilità ad inserimenti temporanei/sollievo e per interventi domiciliari.

ISEE RESIDENZIALE – Indicatore della situazione economica equivalente per ricoveri in RSA.

ISOGRAVITA'- livello del bisogno assistenziale.

PAP – Progetto Assistenziale Personalizzato.


INTENSITÀ ASSISTENZIALE (complessità assistenza infermieristica (insieme all'isogravità, compone la valutazione delle condizioni soggettive dell'utente a livello clinico/funzionale. Si considera l'intensità assistenziale analoga metodologicamente al bisogno infermieristico, rilevato attraverso la "Scheda infermieristica" di cui all'Allegato B della DGRT 2259/2012).

COPERTURA ASSISTENZIALE: l'indice di copertura assistenziale rileva il livello di soddisfacimento del bisogno di assistenza della persona nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana e di sorveglianza nelle fasce diurne e *o notturne*. Scheda di valutazione sociale, vedere dominio di livello di capacità/copertura assistenziale riferita esclusivamente alla cura diretta della persona.

PUA – Punto Unico di Accesso è il livello di coordinamento operativo del sistema di accesso ai servizi territoriali per la non autosufficienza. Il PUA attraverso un'equipe di figure professionali afferenti alla zona distretto assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione ed il coordinamento della rete dei servizi per la non autosufficienza, assicurando al cittadino in tempi certi e definiti l'accesso, la valutazione e l'erogazione di prestazioni sulla base di un progetto di assistenza personalizzato.

RICOVERO PERMANENTE: Il 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, in base ai criteri definiti nella presente procedura.

RICOVERO TEMPORANEO: l'inserimento temporaneo è finalizzato a 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. E' altresì finalizzato alla riattivazione e riabilitazione delle capacità funzionali residue con verifica a termine a cura dell'UVM.

	<p><i>DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA</i></p> <p>REDAZIONE E GESTIONE DELLA LISTA DI PRIORITÀ PER INSERIMENTI NEL MODULO BASE IN RSA</p>	<p>PRO AZ 038 SA Rev. 1 Pubblicato il 2.09.22 Prescrittivo dal 17.09.22 Pag. 5 di 13</p>
--	---	--

RSA DI SOLLIEVO: l'inserimento di sollievo è funzionale a sostenere la progettualità domiciliare. Va ad integrarsi con altri interventi domiciliari finalizzati a sollievo della funzione di cura del caregiver. Non può essere superiore a 60 giorni nell'arco dell'anno solare.

RSA – Residenza Sanitaria Assistenziale

TITOLO DI ACQUISTO: documento rilasciato dai servizi competenti all'assistito destinato alla residenza sanitaria assistenziale (RSA) scelta dall'assistito, nel quale sono indicati il corrispettivo sanitario e sociale

UVM – L'Unità di Valutazione Multidisciplinare ai sensi dell'art. 11 L. RT n. 66/2008, è una commissione composta da diverse tipologie di professionisti, che ha il compito di effettuare le valutazioni dei casi presentati, utilizzando le scale del protocollo valutativo toscano. In particolare sono utilizzate le schede come riportate nei Decreti Dirigenziali RT n. 1354/2010 e n. 2259/2012

SCHEDA SOCIALE, ha l'obiettivo di riconoscere, raccogliere e pesare i dati necessari per l'analisi della condizione ambientale e del livello di copertura assistenziale (Ai fini della compilazione della scheda di valutazione Sociale, di cui la Scheda per la determinazione dell'Indice di Adeguatezza della condizione Ambientale è parte integrante, l'Assistente Sociale competente alla compilazione della scheda di valutazione sociale si avvale delle indicazioni di cui alla Istruzione Operativa Dipartimentale IOP_D.001 Rev. 0 del 23/10/2018).

CRITERIO CRONOLOGICO, punteggio aggiuntivo di 0,01 assegnato per ogni giorno di permanenza in lista di priorità e decorre a partire dalla data di approvazione del PAP.


4. Contenuti/Descrizioni delle attività/Modalità operative

L'inserimento della persona in RSA avviene nell'ambito del percorso assistenziale, quale scelta tra le varie opzioni possibili, sulla base della valutazione multidimensionale e della definizione conseguente del Piano di Assistenza Personalizzato (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.

Per il Modulo base, ogni cittadino ha facoltà di scegliere la struttura residenziale meglio rispondente alle proprie esigenze assistenziali e alle proprie aspettative, in base al diverso livello e tipologia dei bisogni suoi e della famiglia, sulla base del principio della libera scelta (Delibera Regione Toscana n. 398 del 7 Aprile 2015).

4.1 Lista di priorità

	<p align="center"><i>DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA</i></p> <p align="center">REDAZIONE E GESTIONE DELLA LISTA DI PRIORITÀ PER INSERIMENTI NEL MODULO BASE IN RSA</p>	<p>PRO AZ 038 SA Rev. 1 Pubblicato il 2.09.22 Prescrittivo dal 17.09.22 Pag. 6 di 13</p>
--	---	--

Se al momento dell'approvazione di un PAP residenziale per l'accesso alla RSA in Modulo Base, non vi è disponibilità di titoli d'acquisto, il PUA inserisce l'interessato nella lista di priorità, nella posizione determinata dal punteggio risultante dalla sommatoria dei punteggi di cui al punto 4.2 Criteri per la redazione della lista di priorità.

Sono previste liste di attesa differenziate per:

- RSA PERMANENTE
- RSA TEMPORANEO
- RSA SOLLIEVO


4.2 Criteri per la redazione della lista di priorità

L'inserimento nella lista di priorità sia per inserimenti temporanei che permanenti viene disposto dal PUA successivamente alla valutazione dell'UVM, alla redazione del progetto e in base al punteggio ottenuto sulla base dei parametri di cui alla Tabella 1 ed è dato dalla sommatoria dei punteggi riferiti a:

- Isogravità
- Intensità assistenziale (scheda infermieristica)
- Indice IACA
- CBI
- Copertura Assistenziale
- Criterio cronologico

Tabella 1

Livello di isogravità	Intensità assistenziale (scheda infermieristica)	Indice IACA	Indice CBI	Copertura Assistenziale
iso 5: punti 20 iso 4: punti 15 iso 3: punti 10	bassa: punti 5 media: punti 10 alta: punti 15	0-6: punti 30 7-13: punti 25 14-19: punti 20 20-23: punti 15	da 0 a 24: punti 0 da 25 a 48: punti 1 dal 49 a 72: punti 2 da 73 a 95: punti 3	Da 0 a 2,5: punti 5 Da 3 a 5: punti 3,5 Da 5,5 a 7,5: punti 1,75 Da 8 a 10: punti 0
		Ricoveri temporanei/ di sollievo 24-27: punti 10 28-32: punti 5 33-40: punti 0	96: punti 6 (persona sola in assenza di caregiver)	

	<p><i>DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA</i></p> <p>REDAZIONE E GESTIONE DELLA LISTA DI PRIORITÀ PER INSERIMENTI NEL MODULO BASE IN RSA</p>	<p>PRO AZ 038 SA Rev. 1 Pubblicato il 2.09.22 Prescrittivo dal 17.09.22 Pag. 7 di 13</p>
--	---	--

L'ordine cronologico delle date d'inserimento in lista è utilizzato per prevenire situazioni di parità di punteggio complessivo tra due o più utenti: ad ogni giorno di permanenza in lista a partire dalla data di approvazione del PAP viene infatti attribuito un valore di 0,01 punti; tale scarto centesimale differenzierà il punteggio complessivo attribuito a due o più utenti con il medesimo livello di priorità e non inciderà sugli altri meccanismi di definizione delle priorità.

Gli inserimenti in RSA vengono disposti compatibilmente con le risorse di budget assegnati annualmente.

Il ricovero temporaneo non costituisce condizione prioritaria né preferenziale per l'attivazione del ricovero permanente.

Al termine del ricovero temporaneo, qualora l'UVM, in sede di rivalutazione, definisca l'appropriatezza di un inserimento permanente in RSA, la persona sarà inserita nella specifica lista di priorità (Lista di priorità RSA permanente)

Solo in casi eccezionali, qualora durante il ricovero temporaneo sopraggiungano rilevanti modifiche della condizione sociale e/o sanitaria della persona, tali da determinare l'impossibilità di rientro a domicilio, l'UVM può prevedere la trasformazione dell'inserimento temporaneo in permanente in continuità.

La valutazione di persone con età superiore ai 65 anni, già seguite da servizi specialistici, per le quali si renda necessario il passaggio al settore della Non autosufficienza -Area Anziani -, verrà effettuata dall'UVM.

Nel caso in cui la commissione predisponga un PAP di tipo residenziale, la persona verrà inserita nelle liste di priorità in base al punteggio secondo quanto previsto dalla presente procedura.


La valutazione della condizione economica dell'utente è 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 prerequisite per l'accesso ad un percorso di tipo residenziale.

4.3 Gestione della lista di priorità

La tenuta della lista di priorità nonché la gestione della stessa è assegnata al Responsabile Unità Funzionale Assistenza Sociale, Disabilità e Non Autosufficienza.

L'aggiornamento della lista di priorità è continuo e avviene in conseguenza di:


- approvazione di uno o più PAP a carattere residenziale in sede di seduta UVM
- decesso di un detentore del titolo di acquisto
- rinuncia formale al titolo di acquisto da parte di un detentore (dimissioni volontarie da RSA)
- rinuncia formale al PAP residenziale da parte di un utente presente in lista
- approvazione di uno o più PAP a carattere residenziale in sede di seduta UVM
- approvazione trasformazione di uno o più PAP a carattere residenziale in PAP a carattere domiciliare in sede di seduta UVM

	<p><i>DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA</i></p> <p>REDAZIONE E GESTIONE DELLA LISTA DI PRIORITÀ PER INSERIMENTI NEL MODULO BASE IN RSA</p>	<p>PRO AZ 038 SA Rev. 1 Pubblicato il 2.09.22 Prescrittivo dal 17.09.22 Pag. 8 di 13</p>
--	---	--

- mancata comunicazione della scelta della RSA nei termini temporali previsti dalla DGRT 995/16
- variazione del punteggio assegnato ad uno o più utenti in seguito a cambiamento dello stato di bisogno e a conseguente rivalutazione multidisciplinare con conferma del PAP a carattere residenziale

In caso di rinuncia formale al titolo d'acquisto, ovvero al progetto residenziale elaborato dall'UVM, l'assistito vienecancellato dalla lista di priorità.


L'aggiornamento della lista di priorità è gestito dai competenti uffici amministrativi zonali. Il soggetto inserito in Lista di priorità ha diritto a conoscere la propria posizione in graduatoria.

 <p>SST Azienda USL Toscana nord ovest Servizio Sanitario della Toscana</p>	<p><i>DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA</i></p> <p>REDAZIONE E GESTIONE DELLA LISTA DI PRIORITÀ PER INSERIMENTI NEL MODULO BASE IN RSA</p>	<p>PRO AZ 038 SA Rev. 1 Pubblicato il 2.09.22 Prescrittivo dal 17.09.22 Pag. 9 di 13</p>
--	---	--

4.4 Modalità operative

Di seguito andiamo ad evidenziare le fasi operative che interessano la presente procedura.

Fase /Attività	Funzione Responsabile	Funzione coinvolta	Modalità operative della Fase/Attività	Output
<u>Attività 1</u> Valutazione multidimensionale a leUVM	UVM	PUA/ufficio amm.vo zonale Assistito/familiare/Rappresentante legale	L'UVM, sulla base dell'istanza presentata dai servizi socio-sanitari territoriali competenti, effettua la valutazione multidimensionale, predispone un progetto personalizzato (PAP) e lo condivide per la sottoscrizione con l'assistito e familiari (o rappresentante legale).	PAP (Astercloud)
<u>Attività 2</u> (eventuale) Rinuncia al PAP	Assistito/familiare/Rappresentante legale	PUA/ufficio amm.vo zonale Case manager	Il competente ufficio amministrativo zonale/PUA o l'assistente sociale di riferimento (case manager) acquisisce la rinuncia all'inserimento nella struttura sottoscritta, su apposito modulo, dall'assistito e/o il familiare/rappresentante legale.	Modulo rinuncia PAP (Allegato 1)
<u>Attività 3</u> Trasmissione PAP per inserimento in lista di priorità	UVM	PUA/ufficio amm.vo zonale	L'operatore amm.vo dell'UVM consegna il PAP sottoscritto in forma cartacea all'ufficio amministrativo zonale/PUA che gestisce la lista di priorità.	PAP sottoscritto (Attestazione avvenuta consegna)
<u>Attività 3a</u> Mancanza titolo di acquisto	PUA/ufficio amm.vo zonale	Case manager Assistito/familiare/Rappresentante legale	Nel caso in cui non sia disponibile una quota sanitaria/titolo di acquisto, ad ogni seduta UVM il competente ufficio amm.vo zonale/PUA protocolla le proposte di PAP e aggiorna la lista di attesa in ordine crescente, sulla base dei criteri di cui alla tabella 1. Ad ogni aggiornamento successivo al verificarsi delle situazioni descritte al punto 4.3 della procedura, la lista di priorità viene trasmessa ai servizi coinvolti nella percorso (case manager) e viene informato l'assistito e/o il familiare/rappresentante legale.	Aggiornamento lista di priorità

	<p align="center"><i>DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA</i></p> <p align="center">REDAZIONE E GESTIONE DELLA LISTA DI PRIORITÀ PER INSERIMENTI NEL MODULO BASE IN RSA</p>	<p>PRO AZ 038 SA Rev. 1 Pubblicato il 2.09.22 Prescrittivo dal 17.09.22 Pag. 10 di 13</p>
--	---	---

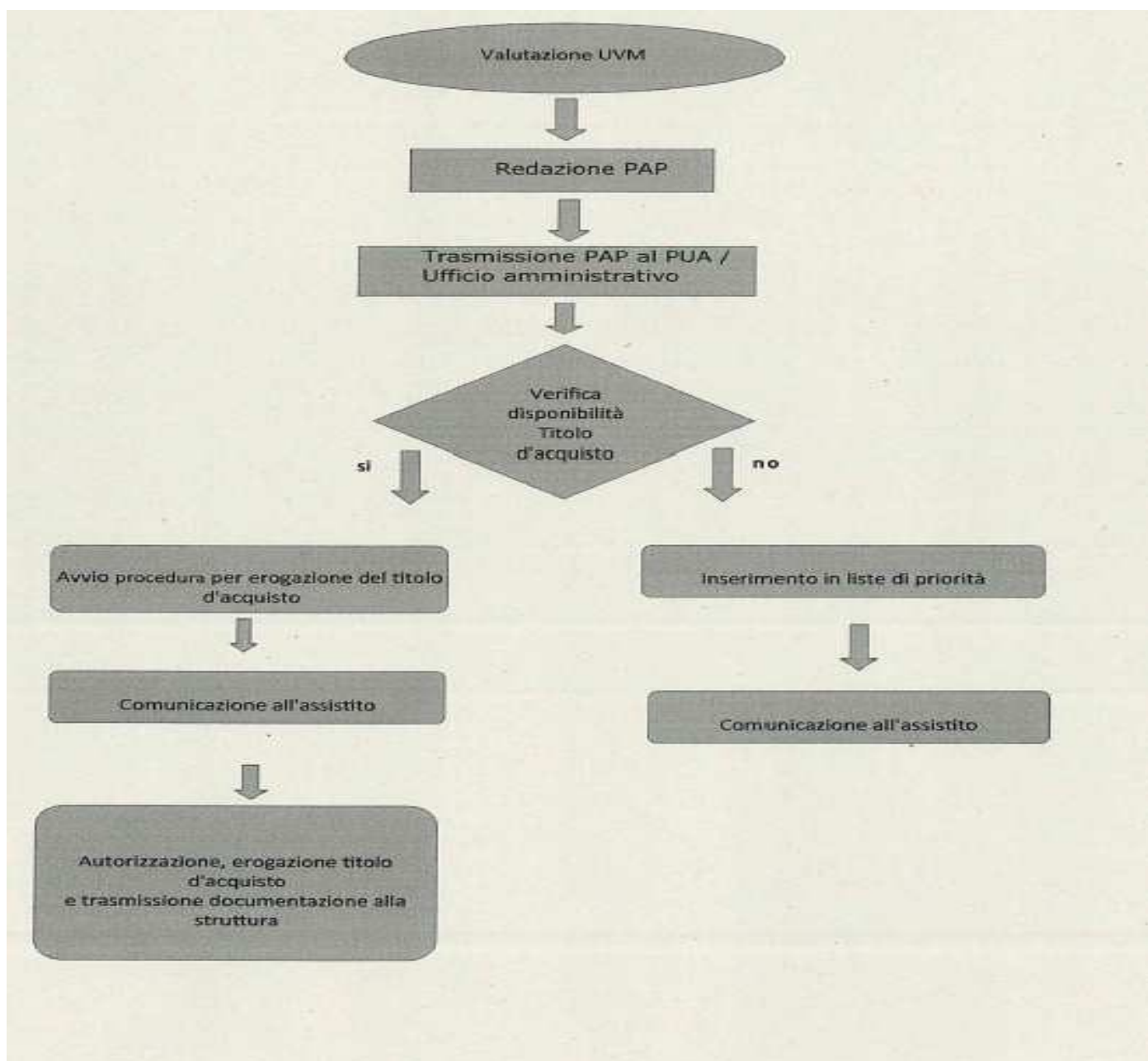
<u>Attività 3b</u> Disponibilità titolo d'acquisto	U.F. Assistenza sociale	PUA/ufficio amm.vo zonale Assistito/familiare/Rappresentante legale Case manager	Accertata la disponibilità di una quota sanitaria/titolo d'acquisto, il Responsabile U.F. Assistenza sociale, disabilità e Non Autosufficienza, individua il soggetto in lista di priorità e ne dà comunicazione al case manager che provvederà ad informare l'assistito attraverso l'allegato 2.	Comunicazione titolo di acquisto (Allegato 2)
<u>Attività 4</u> Comunicazione struttura prescelta	Assistito/familiare/Rappresentante legale	PUA/ufficio amm.vo zonale	L'assistito o familiare o rappresentante legale comunica all'ufficio amm.vo zonale/PUA la struttura prescelta.	Comunicazione struttura prescelta per l'inserimento (Allegato 3)
<u>Attività 5</u> Autorizzazione inserimento in struttura	U.F. Assistenza sociale	PUA/ufficio amm.vo zonale Case manager RSA	Il competente ufficio am.vo zonale/PUA informa il case manager e trasmette alla RSA scelta dall'interessato, la documentazione attestante il diritto al titolo d'acquisto e la sottoscrizione contratto per l'inserimento.	Comunicazione e autorizzazione per l'inserimento alla RSA scelta (Allegato 4) Accordo tra la struttura RSA e gli uffici amministrativi zonali (Allegato 5)

5. Matrice delle Responsabilità / Diagramma di flusso / check list controllo documenti

Operatore/Struttura	Resp.le U.F. Assistenza sociale	UVM	PUA/ ufficio amm.vo zonale	Case Manager	Assistito/familiare/Rappresentante legale	RSA
Fasi/Attività						
Attività 1		R	C		C	
Attività 2			C	C	R	
Attività 3		R	C			
Attività 3a			R	I	I	
Attività 3b	R		C	C	I	
Attività 4			I		R	
Attività 5	R		C	I		C


R: Responsabile; C: Collabora; I: Informato

Diagramma di flusso



6. Documenti sostituiti o aggiornati

PRO- AZ.038 rev 0 del 27/11/2019


	<p><i>DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA</i></p> <p>REDAZIONE E GESTIONE DELLA LISTA DI PRIORITÀ PER INSERIMENTI NEL MODULO BASE IN RSA</p>	<p>PRO AZ 038 SA Rev. 1 Pubblicato il 2.09.22 Prescrittivo dal 17.09.22 Pag. 12 di 13</p>
--	---	---

7. Documenti di riferimento interni

1. Protocollo Operativo Aziendale "Percorso per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente"; POAZI 003 del 30.01.2018
2. Documenti di Budget;
3. Regolamento Azienda USL Nordovest – Delibera del 10 novembre 2016. n. 1183;
4. Delibera di articolazione Dipartimento Servizi Sociali del 24 gennaio 2017 n. 54;
5. REGOLAMENTO AZIENDALE Accesso ai titoli di acquisto per l'accoglienza residenziale di anziani nonautosufficienti in modulo base;
6. IOP D 001 Istruzione operativa per la compilazione della scheda sociale.

8. Documenti di riferimento Esterni

- a. Legge RT n. 41/2005 e s.m.i. "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale";
- b. Legge Regionale 18 dicembre 2008, n. 66 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";
- c. Decreto dirigenziale RT 25.3.2010 n. 1354 (che approva le procedure di valutazione e definisce la modulistica);
- d. 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. 1353/2010 e s.m.i.);
- e. Deliberazione Giunta regionale 22.3.2010 n. 370 (approvazione del progetto regionale per la nonautosufficienza);
- f. Piano sanitario e Sociale integrato regionale 2012-2015;
- g. Deliberazione Giunta regionale 11.5.2009 n. 385 (atto di indirizzo in materia di compartecipazione);
- h. Deliberazione giunta Regionale n. 398 del 7 Aprile 2015 (Percorso di attuazione della libera scelta);
- i. Deliberazione giunta Regionale n. 995 del 11 Ottobre 2016 (APPROVAZIONE SCHEMA DI ACCORDO CONTRATTUALE PER LA LIBERA SCELTA);
- j. DPCM 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

	<p><i>DIPARTIMENTO SERVIZIO SOCIALE NON AUTOSUFFICIENZA</i></p> <p>REDAZIONE E GESTIONE DELLA LISTA DI PRIORITÀ PER INSERIMENTI NEL MODULO BASE IN RSA</p>	<p>PRO AZ 038 SA Rev. 1 Pubblicato il 2.09.22 Prescrittivo dal 17.09.22 Pag. 13 di 13</p>
--	---	---

novembre 2001

- k. Piano DGR n. 618 del 18.05.2020 "approvazione, ai sensi dell'art 1, comma3, del DPCM 21 novembre 2019, del regionale per la non autosufficienza -triennio 2019-2021"
- l. DGRT 1119/2021
- m. Circolare Regione Toscana del 10 giugno 2009

9. Distribuzione

La presente procedura è pubblicata sull'applicativo gestionale IGEA; inoltre è distribuita alle strutture PUA, UVM e alle U.F. Assistenza Sociale, Non Autosufficienza e Disabilità.

10. Gruppo di redazione/verifica

Referente del documento : Erika Viligiardi ICO Dipartimento SSNAD mail erika.vigilardi@uslnordovest.toscana.it
Numero telefono lavoro: 050/8662468

- a) Lucia Mauro – Assistente sociale- Zona Pisana
- b) Tiziana Bechelli – Medico – Zona Pisana
- c) Doriana Favilli - Assistente sociale Zona Valli Etrusche
- d) Elisa D'Onofrio – Assistente Sociale- Zona Valli Etrusche
- e) Eleonora Alasia - Assistente sociale – Zona Livorno
- f) Serena Vitelli – Amministrativo – Zona Livorno
- g) Sabrina Grisanti – Assistente Sociale - Zona Valle Del Serchio
- h) Marica Ghiri – Assistente sociale - Zona Versilia
- i) Gioiella Galli – Assistente sociale -Zona Versilia
- j) Elena Fantacci - Assistente Sociale - Zona alta Val di Cecina /Valdera
- k) Monica Maria Matteoli - Assistente sociale - Zona Alta Val di Cecina/Valdera
- l) Nicole Ferrari – Assistente Sociale – Zona Lunigiana
- m) Lorenza Giannarelli – Medico – Zona Lunigiana
- n) Monica Sbrana – Assistente sociale – Zona Piana di Lucca
- o) Federica Mura-Amministrativa- Zona Piana di Lucca
- p) Lisa Schiavon – Medico – Zona Piana di Lucca