

CRITERI PER L'ACCESSO AI SERVIZI PER L'ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

Art. 1 - I servizi attivabili

I Servizi attivabili dall'UVM con specifico riferimento al FNA sono:

- 1) Servizi domiciliari:
 - a. Assistenza domiciliare in forma indiretta.
 - a.1 - Contributo per Assistente Familiare;
 - a.2 - Contributo Maggiorato
 - a.3 - Cure familiari;
 - b. Servizio di Assistenza domiciliare;
 - b.1 - Servizio di Assistenza domiciliare in forma diretta (SAD);
 - b.2 - SAD a Tutela;
 - b.3 - Pronto sociale;
 - b.4 - Tutoraggio;
 - c. Centro Diurno;
 - d. Ricovero Temporaneo e a Termine
 - d.1 - Ricoveri Temporanei;
 - d.2 - Ricoveri Temporanei disposti dal Servizio Emergenze Urgenze Sociale - PIS
 - d.3 - Ricoveri a Termine;
- 2) Servizi residenziali: Ricovero definitivo;
- 3) Monetizzazione del PAP;
- 4) Progetto ADA;

Art. 2 - Criteri per l'accesso in liste di Priorità.

1. Interventi in urgenza.
2. Servizi di assistenza domiciliare in forma indiretta.
3. Servizi di assistenza domiciliare in forma diretta (SAD)
4. Strutture di ricovero semiresidenziale (centri diurni)
5. Strutture di ricovero residenziale temporaneo.
6. Strutture di ricovero residenziale a permanenza.
7. Strutture di ricovero residenziale a Termine.
8. Strutture di ricoveri residenziali in modulo specialistico

Art. 3 – Il percorso per l’accesso al Fondo Non Autosufficienza

Art. 4 – Funzionamento dell’UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare)

Art. 5 - Il PAP (Progetto Assistenziale Personalizzato)

Art. 6 – Incompatibilità con altri interventi

Art. 7 – Compartecipazioni alla spesa

ALLEGATI

1. SCHEDA A - Contributo assistenza domiciliare indiretta - Calcolo punteggio;
2. SCHEDA B - Contributo assistenza domiciliare diretta (SAD) - Calcolo punteggio;
3. SCHEDA C - erogazione quota sanitaria per strutture di ricovero residenziale permanente - Calcolo punteggio;
4. SCHEDA D -erogazione quota sanitaria per strutture di ricovero residenziale a termine - Calcolo punteggio;
5. SCHEDA E- erogazione quota sanitaria per strutture di ricovero residenziale in modulo cognitivo - Calcolo punteggio;
6. SCHEDA F erogazione quota sanitaria per strutture di ricovero semiresidenziale (centri diurni) - Calcolo punteggio;
7. TABELLE per la Compartecipazione;
8. TABELLA Contributi Maggiorati;
9. Percorso Anziano non autosufficiente;
10. Restituzione del PAP e attivazione dei servizi;
11. Modulo di richiesta incontro con Commissione UVM;
12. Modulo rinuncia ISEE;
13. Scheda di Accesso e Segnalazione del bisogno;
14. Modulo autodichiarazione del cittadino.

Art. 1 - I servizi attivabili

1) Servizi domiciliari

a. Assistenza domiciliare in forma indiretta

Per assistenza domiciliare in forma indiretta si intendono gli interventi economici a supporto di prestazioni assistenziali fornite da un assistente familiare regolarmente assunto/a o dal care giver familiare.

a.1 - Contributo per Assistente Familiare

Il contributo è finalizzato obbligatoriamente all'instaurazione di un rapporto di lavoro con un assistente familiare, ovvero all'acquisto di un servizio analogo di assistenza familiare da organizzazioni ed imprese. Il contributo economico non potrà comunque in alcun modo essere superiore al costo della prestazione effettuata.

Per l'accesso al contributo dovrà essere prodotto un contratto "tipologia CS" per assistenza a persone non autosufficienti di minimo 15 ore settimanali, intestato al beneficiario o al rappresentante legale.

Non è prevista la possibilità di erogare il contributo economico nel caso in cui il contratto sia stipulato con figure familiari aventi per legge obbligo di assistenza, ad eccezione di specifici progetti.

Sarà definito l'importo spettante previsto dal Regolamento vigente sulla base dell'ISEE, del quantitativo di ore a contratto e dell'isogravità risultante dal PAP (Piano Assistenziale Personalizzato).

Il Calcolo del contributo avverrà secondo la tabella (Allegato 1 scheda A).

I giustificativi comprovanti le spese sostenute per il pagamento dei contributi dovranno essere presentati trimestralmente.

L'importo del contributo sarà corrisposto nella misura intera, se il contratto decorre entro la prima metà del mese; qualora la data di decorrenza del contratto supera la metà del mese il contributo verrà erogato dal mese successivo. Sarà invece corrisposto per intero in qualsiasi giorno del mese avvenga la cessazione.

La retroattività dei contributi rispetto alla sottoscrizione e presentazione del modulo di attivazione non è prevista. Ad esempio, se un contributo è attivabile da gennaio e si presenta il modulo di attivazione a febbraio, la decorrenza sarà da febbraio, indicando nel modulo di attivazione il mese di decorrenza effettivo.

L'attivazione del contributo deve avvenire entro i due mesi successivi alla comunicazione della possibile attivazione (es: possibile attivazione dal 01 gennaio - attivazione contributo entro il mese di febbraio). Decorsi tali termini, la possibilità di attivare il contributo decade ma permane valido il progetto fino a scadenza indicata nel PAP e gli interessati possono comunicare all'Assistente Sociale la presenza del contratto. L'Assistente Sociale informerà di conseguenza il PUA (Punto Unico di Accesso) ed il Polo Amministrativo di riferimento in base alla residenza del beneficiario, in modo da permettere l'inserimento in lista di attesa senza dover riformulare un nuovo PAP.

Le rinunce di attivazione, le sospensioni e/o cessazioni dell'erogazione dei contributi, devono essere comunicate al Polo Amministrativo entro il quale il comune di residenza afferisce e al PUA.

In caso di due coniugi valutati non autosufficienti dall'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare) con due progetti di contributo badante, è possibile corrispondere un contributo economico per la stipula di un unico contratto alta intensità a nome di entrambi, con oneri aggiuntivi per assistenza a due persone non autosufficienti, verrà erogato doppio contributo calcolato nella sfera della media intensità.

a.2 - Contributi maggiorati

L'anziano solo con situazione sanitaria, sociale ed economica di fragilità documentata può accedere ad un contributo maggiorato, rispetto alla cifra massima stabilita nelle tabelle allegate.

La proposta potrà essere fatta anche in caso di anziano con figli, che devono avere, a loro volta situazioni sanitarie e sociali gravi e documentabili e annesse difficoltà economiche (si tratta di casi sociali, multi-problematici conosciuti o in carico a servizi specialistici, salute mentale, serd, o che presentano gravi patologie).

In generale, non dovrà essere proposto il contributo maggiorato nei casi di anziani con figli "adeguati" e se ci sono proprietà immobiliari, oltre la prima abitazione (neppure in caso di anziani soli).

Casi particolarmente complessi potranno essere portati all'attenzione della commissione UVM che potrà valutare eventuali deroghe.

I Documenti da presentare per accedere al contributo maggiorato sono:

- ISEE in corso di validità, patrimonio mobiliare inferiore a 18.000€;
- Nel caso in cui dall'ISEE risulti un patrimonio mobiliare superiore a 18.000€, il cittadino ha la possibilità di presentare il saldo aggiornato del conto corrente per dimostrare di rientrare nel range previsto;
- Regolare contratto di assunzione badante;
- Presentazione modulo autodichiarazione del cittadino (Allegato 14).

Il Calcolo del contributo avverrà secondo la tabella allegata (Allegato 1, Scheda A).

Il massimo erogabile come contributo maggiorato sarà di 800 € in presenza di contratto alta intensità e di 600 € per contratti media intensità. La maggiorazione del contributo non è attribuibile in caso di contratto unico intestato a due soggetti valutati non autosufficienti.

Nel caso di successivo riconoscimento dell'Indennità di Accompagnamento l'importo è soggetto a rivalutazione.

a.3 - Contributo per cure familiari

Questo contributo è diretto a supportare la funzione assistenziale svolta dalla famiglia per la cura del congiunto, in considerazione della rilevante funzione assistenziale che questi svolgono. Il contributo viene concesso solo in favore di soggetti per i quali l'U.V.M abbia evidenziato nel PAP la necessità di erogare prestazioni di assistenza domiciliare, ed i cui familiari si assumono direttamente e completamente i compiti assistenziali individuati, durante tutto l'arco della giornata.

L'importo del contributo, che sarà calcolato sulla base di ISEE e Isogravità, verrà corrisposto nella misura intera se attivato entro la prima metà del mese; con decorrenza dal mese successivo, se attivato dopo la metà del mese. Sarà invece corrisposto per intero in qualsiasi giorno del mese avvenga la cessazione.

L'attivazione del contributo deve avvenire entro i 30 giorni successivi alla comunicazione della possibile attivazione .

E' prevista un'ulteriore proroga dell'attivabilità di 30 giorni solo ed esclusivamente su valutazione dell'Assistente Sociale, decorsi i quali decade la possibilità di attivare il contributo ma permane valido il progetto fino a scadenza indicata nel PAP, con possibilità di successivo reinserimento in lista d'attesa.

b. Servizio di Assistenza Domiciliare in forma diretta (SAD)

b.1 - Assistenza Domiciliare diretta (SAD)

L'assistenza domiciliare è indirizzata a favorire e salvaguardare l'autonomia degli individui e la loro permanenza nel proprio ambiente di vita, prevenire e ritardare le istituzionalizzazioni, alleviare il carico assistenziale.

Per l'erogazione del servizio dovrà essere definita l'eventuale compartecipazione a carico dell'utente sulla base dell'ISEE e delle tabelle di contribuzione allegate (Allegato 2 scheda B).

Il numero minimo e massimo di ore di SAD che è possibile inserire nei progetti è indicato nell'allegata scheda B. E' possibile discostarsi da tali limiti solo con esplicita motivazione scritta da parte dell'UVM, riportata nel PAP.

L'attivazione del servizio deve avvenire entro i 30 giorni successivi alla comunicazione della possibile attivazione .

E' prevista un'ulteriore proroga dell'attivabilità di 30 giorni solo ed esclusivamente su valutazione dell'Assistente Sociale, decorsi i quali decade la possibilità di attivare il servizio ma permane valido il progetto fino a scadenza indicata nel PAP con possibilità di successivo reinserimento in lista d'attesa.

b.2 - SAD a Tutela

Questo intervento è previsto solo in caso di anziani soli o assimilabili, in cui l'assistenza domiciliare rimane l'unico intervento attivabile a tutela

In questo è prevista la possibilità di richiedere l'esenzione dalla compartecipazione che sarebbe spettante da ISEE ma che la persona non risulta in grado di sostenere. L'Assistente Sociale case manager istruisce la pratica per la discussione in Commissione Assistenza del Comune di residenza e, se la Commissione decide la non compartecipazione, seguirà comunicazione al Polo Amministrativo entro il quale il comune di residenza afferisce per fatturare partecipazione su FNA (Fondo Non Autosufficienza).

b.3 - Pronto sociale

In situazioni di urgenza ed emergenza che si presentano a domicilio, aggravamento delle condizioni di salute, assenza improvvisa e temporanea di care-giver, situazioni sociosanitarie complesse è possibile attivare, con procedura d'urgenza, il Pronto sociale domiciliare consistente in un pacchetto di massimo 20 ore di AD.

Tale servizio è attivabile con percorso diretto su proposta del Servizio Sociale Territoriale e convalida da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) alla prima seduta. In caso di dimissioni da ricovero ospedaliero è possibile attivare a cura del servizio sociale ACOT un pacchetto di pronto sociale di 5 ore rinnovabili fino ad un massimo di 15 ore. Questi servizi sono finalizzati al mantenimento della persona non autosufficiente a domicilio, non prevedono alcuna compartecipazione e sono indipendenti dalla presentazione dell'attestazione ISEE.

b.4 - Tutoraggio

Nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare è possibile attivare un servizio di Tutoraggio/Supervisione attraverso il quale viene messo a disposizione un assistente domiciliare esperto (tutor), appositamente formato, a sostegno di progetti domiciliari dove l'assistenza al non-autosufficiente sia fornita dalla badante o dalla famiglia. E' previsto anche allo scopo di fornire elementi di self-management al familiare/care-giver. Tale servizio è esente da limiti di reddito, non prevede alcuna compartecipazione ed è possibile fino ad un massimo di 15 ore, su indicazione di apposito progetto da UVM.

c. Centro diurno

Struttura che offre ospitalità diurna attraverso l'apporto integrato di competenze ed il concorso di risorse sanitarie e sociali, per rispondere ai bisogni assistenziali dell'anziano/disabile parzialmente o totalmente non autosufficiente e per integrare l'azione della rete familiare. In presenza di patologie che comportano un grave deterioramento cognitivo e rilevanti disturbi del comportamento, è previsto l'inserimento in moduli specifici. La quota sanitaria per i giorni di frequenza previsti dal PAP sarà corrisposta direttamente al Centro Diurno individuato dall'interessato/a. La compartecipazione al costo della quota sociale è definita sulla base dell'ISEE nelle tabelle di contribuzione allegate al presente (Allegato 6 Scheda F). Anche tale compartecipazione è corrisposta direttamente al Centro diurno prescelto. Ogni variazione al progetto o agli effettivi giorni di frequenza dovranno essere comunicati tempestivamente al case manager e all'UVM.

L'attivazione del servizio deve avvenire entro i 30 giorni successivi alla comunicazione della possibile attivazione .

E' prevista un'ulteriore proroga dell'attivabilità di 30 giorni solo ed esclusivamente su valutazione dell'Assistente Sociale decorsi i quali decade la possibilità di attivare il servizio ma permane valido il progetto fino a scadenza indicata nel PAP con possibilità di successivo reinserimento in lista d'attesa.

d. Ricoveri temporanei ed a Termine

d.1 - Ricoveri Temporanei

I ricoveri temporanei in RSA (Residenza Sanitaria Assistita) hanno durata di 30 giorni, salvo diversa determinazione dell'UVM e non possono comunque eccedere i 60 giorni su base annuale. Rientrano nell'ambito dei progetti assistenziali finalizzati al sostegno della domiciliarità e al sollievo del care-giver.

Gli obiettivi dei ricoveri temporanei sono:

- Sollievo familiare ossia per fornire alla famiglia che assiste a domicilio un periodo di sollievo dall'impegno di cura, consentendo un recupero sul piano fisico e fisiologico;
- Permettere la riorganizzazione della assistenza da parte della famiglia/care giver o il superamento dell'inadeguatezza ambientale;
- Sopperire all'assenza del Care Giver fornendo autocertificazione o documentazione a sostegno della richiesta;
- Garantire una copertura assistenziale adeguata durante le ferie dell'assistente familiare assunta con regolare contratto;
- Rispondere alle situazioni di urgenza valutate dalla Commissione UVM;

La quota sanitaria sarà corrisposta direttamente all'RSA individuata dall'interessato/a e presente sul portale della Regione Toscana.

L'eventuale compartecipazione da parte della persona sul FNA al costo della quota sociale, è definita sulla base dell'ISEE nelle tabelle di contribuzione allegate al presente.

Non sarà riconosciuto il ricovero temporaneo (Sollievo economico) per coloro i quali sono inseriti privatamente in struttura.

Durante il ricovero temporaneo in RSA verrà sospesa l'erogazione del contributo per assistente familiare.

d.2 - Ricoveri Temporanei disposti dal Servizio Emergenze Urgenze Sociale - PIS

Nei casi di emergenza/urgenza il Pronto Intervento Sociale (PIS) può disporre un intervento di inserimento temporaneo in RSA.

In tal caso:

- il PIS invia email al PUA (pua.firenzesudest@uslcentro.toscana.it) per avvertire dell'inserimento disposto;
- il PUA inoltra la comunicazione al Referente Amministrativo FNA;
- il RES/VICE RES (Responsabile Emergenza Sociale) invia la chiusura dell'intervento alla Centrale Operativa del PIS, oltre che al SST e al PUA;
- il PUA contatta il MMG per la compilazione della scheda clinica;
- il PUA apre il percorso di valutazione del grado di non autosufficienza su caribel e calendarizza la seduta dell'UVM entro 7 giorni, chiedendo la valutazione al SST e agli infermieri.

Entro 7 giorni sarà definito il PAP dall'UVM, con efficacia retroattiva della quota sanitaria.

Per quanto riguarda la quota sociale, la spesa viene così ripartita:

- primi 3 giorni a carico del Comune di residenza/SDS,
- ulteriori 4 giorni a carico del FNA, fermo restando, che la quota sociale non potrà superare i 53.50 euro al gg.

d.3 - Ricoveri a termine

Sono ricoveri disposti dall'UVM per particolari situazioni, che non rientrano nelle tipologie di cui sopra non essendo a supporto di progetti domiciliari già strutturati. Possono avere una durata da 3 a 6 mesi, rinnovabili ed hanno l'obiettivo di rispondere a situazioni particolarmente complesse soggette ad evoluzioni per le quali la definizione del progetto appropriato necessita di un periodo più' lungo. (es. in attesa di nomina dell' Amministratore di Sostegno). L'intera retta sociale è a carico della persona senza possibilità di compartecipazione da parte del FNA.

L'attivazione del servizio deve avvenire entro i 30 giorni successivi alla comunicazione della possibile attivazione .

E' prevista un'ulteriore proroga dell'attivabilità di 30 giorni solo ed esclusivamente su valutazione dell'Assistente Sociale decorsi i quali decade la possibilità di attivare il servizio ma permane valido il progetto fino a scadenza indicata nel PAP e con possibilità di successivo reinserimento in lista d'attesa.

2. Servizi residenziali - Ricovero definitivo

I ricoveri definitivi avvengono in RSA accreditate e convenzionate con il SSR rispettando il principio della libera scelta, così come previsto dalla DGRT 995/2016. Costituiscono la risposta residenziale per i problemi degli anziani riconosciuti non autosufficienti, per i quali l'UVM valuta che un progetto domiciliare non sia più adeguato.

Secondo la delibera N.1460/2019 "*Profili di armonizzazione dei progetti per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente attuati nelle Sds/ZD dell'Azienda Usl Toscana Centro - approvazione*", per accedere ad un progetto residenziale, l'Indice di Adeguatezza della Condizione Ambientale (IACA) deve essere pari o inferiore a 26, salvo deroghe di competenza UVM.

La quota sanitaria sarà corrisposta direttamente all'RSA individuata dall'interessato/a e presente sul portale della Regione Toscana, rispettando il modulo (BASE o BIA¹) definito nel PAP; la retta sociale è carico della persona.

La quota sanitaria può essere corrisposta anche a strutture residenziali presenti fuori dalla Regione Toscana solo se sussistono i seguenti criteri; ossia devono essere accreditate e convenzionate con il SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e la quota sanitaria non deve essere superiore a quella riconosciuta dalla Regione Toscana.

In presenza di patologie che comportano un grave deterioramento cognitivo e rilevanti disturbi del comportamento, l'UVM può disporre che l'inserimento debba avvenire in moduli specifici di cui non tutte le RSA sono dotate, pertanto *non può essere garantita la libera scelta* .

L'ingresso in RSA deve avvenire entro i 30 giorni successivi alla comunicazione della possibile attivazione della quota sanitaria .

E' prevista un'ulteriore proroga dell'attivabilità della quota sanitaria di 30 giorni solo ed esclusivamente su valutazione dell'Assistente Sociale decorsi i quali decade la possibilità di attivare il servizio ma permane valido il progetto fino a scadenza indicata nel PAP e con possibilità di successivo reinserimento in lista d'attesa.

¹Per BIA si intende Bassa Intensità Assistenziale

3. Monetizzazione del PAP

In caso di rifiuto di un progetto domiciliare e contestuale scelta di inserimento privato in RSA, è possibile ricorrere all'“accomodamento ragionevole” previsto dalla delibera GRT 370/2010 e dalla Delibera DG Azienda UsI Toscana Centro n. 1460/2019 con monetizzazione del PAP. Per Accomodamento ragionevole si intende quindi *“l'assegnazione alla RSA della quota di risorse corrispondente all'intervento assistenziale considerato appropriato dall'UVM e previsto nel PAP”*.

“Di fatto, qualora non sia possibile sottoscrivere l'accordo con la famiglia, perché questa richiede e accetta solo un intervento residenziale, le risorse previste nel PAP domiciliare potranno essere, su richiesta dell'interessato, erogate alla RSA convenzionata solo in caso di effettivo ricovero nella stessa e senza che sia prevista la corresponsione della quota sanitaria”.

Al momento dell'attivazione del progetto, secondo lo scorrimento dalle liste di priorità, il caregiver o la persona di riferimento, in presenza di ISEE inferiore ai limiti stabiliti per l'accesso al contributo badante, può richiedere la monetizzazione della prestazione prevista dal PAP per l'importo indicato nelle apposite tabelle allegate al presente.

La monetizzazione può essere richiesta per i seguenti interventi domiciliari: SAD, Centro Diurno, Contributo Badante.

L'importo erogato in caso di monetizzazione non può comunque superare l'importo previsto per il contributo economico ad Alta Intensità Assistenziale, calcolato sulla base dell'ISEE e dell'Isogravità.

4. Progetto ADA

Il Progetto ADA (Adattamento domestico per l'autonomia personale) è stato introdotto con Delibera GRT n. 1446/2018 per migliorare l'accessibilità delle persone disabili nei propri ambienti di vita. Si realizza in un'attività di consulenza per elevare l'autonomia dell'abitare mediante specifici interventi progettuali riguardanti gli spazi della casa, i suoi arredi, le attrezzature, gli impianti tecnologici e di automazione degli ambienti.

Si estrinseca attraverso un sopralluogo effettuato da un team composto da un architetto specializzato nel settore, un Assistente Sociale, un infermiere e un fisioterapista durante il quale viene definita una relazione che propone soluzioni migliorative dell'ambiente domestico.

Il sopralluogo e la relativa consulenza non è di per se un vincolo per l'effettuazione dei lavori. Infatti, non ha scadenza e i lavori possono essere procrastinati nel tempo.

Qualora si decida di fare i lavori, una volta effettuati e liquidati i relativi importi verrà rimborsata una cifra prevista dalla DGRT sulla base dell'ISEE del beneficiario.

A livello procedurale, questa dell'ADA è una prestazione del Fondo non Autosufficienza, per cui deve essere inserita nel PAP e successivamente fatta richiesta all'ufficio amministrativo che inoltrerà il tutto all'ufficio regionale preposto per avviare l'iter di sopralluogo.

ART.2 Criteri per l'accesso in liste di Priorità

In considerazione di una sempre crescente domanda di interventi assistenziali rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente ed in considerazione delle risorse limitate, si rende necessario predisporre liste di priorità tra tutti coloro che possiedono i requisiti per l'accesso ai servizi, ai quali sia stata riconosciuta dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) un'intensità assistenziale pari ai livelli di isogravità 3, 4 e 5.

1. Interventi in urgenza

Ogni progetto domiciliare e residenziale può essere disposto dall'UVM in urgenza quando la risposta al bisogno assistenziale richiede un intervento tempestivo e non differibile nel tempo a tutela della persona.

In questi casi non è previsto l'inserimento nelle liste di priorità e l'intervento è immediatamente fruibile.

Tutti gli interventi dati in urgenza devono essere attivati nel più breve tempo possibile dalla data del PAP e comunque non oltre 10 giorni. L'attivazione deve essere comunicata al PUA con mail da parte del responsabile del progetto; eventuali ritardi nell'attivazione dovranno esser motivati al PUA.

2. Servizi di assistenza domiciliare in forma indiretta

Per redigere le liste di priorità di tutti coloro che hanno diritto a servizi di assistenza domiciliare in forma indiretta attraverso un contributo economico per l'assunzione di un assistente familiare o un contributo per cure familiari, sono stati individuati i seguenti criteri:

- **Anziano solo** ossia privo di coniuge e privo di figli. Si intende compreso in questa fascia anche la persona non autosufficiente con coniuge non in grado di prestare adeguata assistenza e/o con un unico figlio in possesso di attestato di handicap in situazione di gravità e/o invalido civile al 100%;
- **Indicatore rete assistenziale iacad:** misura la capacità del coniuge e dei figli in qualità di attuatori dell'assistenza, anche se solo "potenziali" (schede multidimensionali);
- **Livello di isogravità:** corrisponde all'intensità del bisogno di assistenza in rapporto alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale. Valuta il grado di autonomia dell'interessato (schede multidimensionali);
- **VEB:** misura la situazione economica della persona interessata (schede multidimensionali);
- **Complessità assistenziale infermieristica:** determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi;
- **Complessità assistenziale sociale:** determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con

isogravità 3, 4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in possesso di certificazione di handicap in situazione di gravità.

- **il punteggio di anzianità in lista.**

Calcolo punteggio: Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità si ottiene sommando i punteggi attribuiti ai sopra richiamati criteri come definito Scheda (Allegato 1 scheda A)

3. Servizi di assistenza domiciliare in forma diretta (SAD)

Per redigere le liste di priorità di tutti coloro che hanno diritto a servizi di assistenza domiciliare in forma diretta, sono stati individuati i seguenti criteri:

- **Anziano solo** ossia privo di coniuge e privo di figli. Si intende compreso in questa fascia anche la persona non autosufficiente con coniuge non in grado di prestare adeguata assistenza e/o con un unico figlio in possesso di attestato di handicap in situazione di gravità e/o invalido civile al 100%;
- **Indicatore rete assistenziale iacad:** misura la capacità del coniuge e dei figli in qualità di attuatori dell'assistenza, anche se solo "potenziali" (schede multidimensionali);
- **Livello di isogravità:** corrisponde all'intensità del bisogno di assistenza in rapporto alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale. Valuta il grado di autonomia dell'interessato (schede multidimensionali);
- **Capacità/copertura assistenziale:** misura il bisogno assistenziale della persona nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana e di sorveglianza nelle fasce orarie diurne e notturne (schede multidimensionali);
- **Complessità assistenziale infermieristica:** determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi;
- **Complessità assistenziale sociale:** determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravità 3, 4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in possesso di certificazione di handicap in situazione di gravità;
- **il punteggio di anzianità in lista.**

Calcolo punteggio: Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità si ottiene sommando i punteggi attribuiti ai sopra richiamati criteri come definito nell'apposita Scheda (Allegato 2, scheda B).

Il numero minimo e massimo di ore di SAD che è possibile inserire nei progetti è indicato nell'allegata scheda B. E' possibile discostarsi da tali limiti solo con esplicita motivazione scritta da parte dell'UVM, riportata nel PAP.

4. Strutture di ricovero semiresidenziale (centri diurni)

Per redigere le liste di priorità di tutti coloro che hanno diritto ad un progetto di ricovero semiresidenziale sono stati individuati i seguenti criteri:

- **Anziano solo**, ossia privo di coniuge e privo di figli. Si intende compreso in questa fascia anche la persona non autosufficiente con coniuge non in grado di prestare adeguata assistenza e/o con un unico figlio in possesso di attestato di handicap in situazione di gravità e/o invalido civile al 100%;
- **Livello di isogravità**: corrisponde all'intensità del bisogno di assistenza in rapporto alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale. Valuta il grado di autonomia dell'interessato (schede multidimensionali);
- **Capacità/copertura assistenziale**: misura il bisogno assistenziale della persona nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana e di sorveglianza nelle fasce orarie diurne e notturne (schede multidimensionali) Questo indicatore rappresenta l'effettivo bisogno di assistenza nell'arco delle 24h e di conseguenza segnala la mancata copertura assistenziale in alcune ore della giornata o in alcuni giorni della settimana;
- **Relazione e attività di socializzazione**: indica il bisogno di tipo relazionale valutato sull'intera giornata attribuendo un punteggio in base ai diversi gradi di soddisfazione del bisogno;
- **Complessità assistenziale infermieristica**: determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi;
- **Complessità assistenziale sociale**: determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravità 3, 4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in possesso di certificazione di handicap in situazione di gravità;
- **il punteggio di anzianità in lista.**

Calcolo punteggio: Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità si ottiene sommando i punteggi attribuiti ai sopra richiamati criteri come definito nell'apposita Scheda (Allegato 4 scheda D)

5. Strutture di ricovero residenziale temporaneo

Per i ricoveri Temporanei non sono previste liste di priorità.

6. Strutture di ricovero residenziale a permanenza

In coerenza con la delibera D.G. 1460/2019 “Profili di armonizzazione dei progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente attuati nelle Sds/ZD dell’Azienda UsI Toscana Centro- approvazione”, per redigere la lista di priorità tra tutti coloro che hanno diritto all’erogazione di quota sanitaria per il ricovero in RSA a permanenza modulo base o modulo BIA, si individuano i seguenti criteri di priorità:

- **Livello di isogravità:** corrisponde all’intensità del bisogno di assistenza in rapporto alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale. Valuta il grado di autonomia dell’interessato (schede multidimensionali);
- **IACA:** corrisponde all’Indicatore di Adeguatezza della Condizione Ambientale, rilevato attraverso la scheda di valutazione sociale;
- **Soglia di sbarramento:** corrispondente al valore IACA 26;
- **il punteggio di anzianità in lista.**

Per i casi di particolare gravità della condizione di non autosufficienza o di assoluta ingestibilità domiciliare la Commissione UVM può disporre progetti di ricovero in deroga alla soglia di sbarramento IACA.

Calcolo punteggio: Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità si ottiene sommando i punteggi attribuiti ai sopra richiamati criteri come definito nell’apposita Scheda (Allegato 3 scheda C)

7. Strutture di ricovero residenziale a Termine

Per redigere la lista di priorità tra tutti coloro che hanno diritto all’erogazione di quota sanitaria per il ricovero in RSA a termine modulo base o modulo BIA, si individuano i seguenti criteri di priorità, senza prevedere soglia di sbarramento al valore IACA 26:

- **Anziano solo**, ossia privo di coniuge e privo di figli. Si intende compreso in questa fascia anche la persona non autosufficiente con coniuge non in grado di prestare adeguata assistenza e/o con un unico figlio in possesso di attestato di handicap in situazione di gravità e/o invalido civile al 100%;
- **Livello di isogravità:** corrisponde all’intensità del bisogno di assistenza in rapporto alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale. Valuta il grado di autonomia dell’interessato (schede multidimensionali);
- **Indicatore rete assistenziale:** misura la presenza attiva di familiari e non familiari coinvolti nell’assistenza della persona anziana (schede sociali);
- **Condizione abitativa:** indica l’idoneità dell’alloggio in base alla presenza di barriere architettoniche non superabili, in base alle condizioni igieniche e di comfort e rispetto alla possibilità di ospitare personale privato di assistenza;

- **Complessità assistenziale infermieristica:** determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi;
- **Complessità assistenziale sociale:** determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravità 3, 4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in possesso di certificazione di handicap in situazione di gravità;
- **il punteggio di anzianità in lista.**

Calcolo punteggio: Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità si ottiene sommando i punteggi attribuiti ai sopra richiamati criteri come definito nell'apposita Scheda (Allegato 4 scheda D)

8. Strutture di ricoveri residenziali in modulo specialistico

In coerenza con la delibera D.G. 1460/2019 “Profili di armonizzazione dei progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente attuati nelle Sds/ZD dell’Azienda Usl Toscana Centro- approvazione”, tutti gli inserimenti nei moduli specialistici sono legati alla promozione della domiciliarità e quindi non è previsto sbarramento al valore IACA 26. L’obiettivo è unicamente il contenimento dei disturbi comportamentali. Hanno di norma una durata variabile da 3 a 6 mesi e il PAP deve essere rivalutato prima della scadenza per la verifica della possibilità di rientro a domicilio.

Per redigere la lista di priorità tra tutti coloro che hanno diritto all’erogazione di quota sanitaria per il ricovero in RSA in modulo specialistico, si individuano i seguenti criteri di priorità:

- **Anziano solo**, ossia privo di coniuge e privo di figli. Si intende compreso in questa fascia anche la persona non autosufficiente con coniuge non in grado di prestare adeguata assistenza e/o con un unico figlio in possesso di attestato di handicap in situazione di gravità e/o invalido civile al 100%;
- **Livello di isogravità:** corrisponde all’intensità del bisogno di assistenza in rapporto alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale. Valuta il grado di autonomia dell’interessato (schede multidimensionali);
- **Indicatore rete assistenziale:** misura la presenza attiva di familiari e non familiari coinvolti nell’assistenza della persona anziana (schede sociali);
- **Condizione abitativa:** indica l’idoneità dell’alloggio in base alla presenza di barriere architettoniche non superabili, in base alle condizioni igieniche e di comfort e rispetto alla possibilità di ospitare personale privato di assistenza;
- **Complessità assistenziale infermieristica:** determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi;

- **Complessità assistenziale sociale:** determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravità 3, 4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in possesso di certificazione di handicap in situazione di gravità;
- **il punteggio di anzianità in lista.**

Calcolo punteggio: Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità si ottiene sommando i punteggi attribuiti ai sopra richiamati criteri come definito nell'apposita Scheda (Allegato 5 scheda E)

Art. 3 – il percorso per l'accesso al Fondo Non Autosufficienza

Il percorso di valutazione multidisciplinare per il riconoscimento della non-autosufficienza e l'attivazione degli interventi previsti dal presente atto, prendono avvio attraverso l'accesso al **Punto Insieme** del Comune di Residenza, dove il cittadino si reca per essere orientato su percorsi e procedure.

Tale sportello rappresenta la porta di accesso al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza, ed è collegato funzionalmente con tutta la rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari territoriali.

Il Punto Insieme costituisce uno dei livelli base di cittadinanza sociale; si caratterizza per la sua elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella sua strutturazione. Il Servizio fornisce le prime informazioni sui possibili percorsi, sulla documentazione necessaria e sulle modalità di attivazione. Ha anche il compito di facilitare l'accesso unificato alle prestazioni e ai servizi previsti dal Fondo Non Autosufficienza, cercando di semplificare i passaggi che la persona stessa e i suoi familiari devono compiere. In specifico per il FNA verrà fornita la modulistica riassuntiva del percorso (Allegato 8).

Il cittadino presenta la richiesta di valutazione del bisogno, la struttura organizzativa assicura la risposta appropriata entro 30 giorni dall'invio dell'istanza completa al PUA (Punto Unico di Accesso).

Per l'attivazione del percorso il cittadino dovrà sottoscrivere la richiesta di valutazione (Allegato 12) allegando:

- la scheda clinica compilata dal MMG;
- la fotocopia di un documento dell'anziano per il quale è richiesta la valutazione ed eventualmente fotocopia del documento di chi presenta la segnalazione.
- l'ISEE in corso di validità oppure il modulo di rinuncia alla presentazione dello stesso. Recependo la delibera GRT 1119/2021 la condizione economica della persona interessata non rappresenta una barriera all'accesso al percorso ma costituisce elemento di valutazione a fini della predisposizione del pap. L'indisponibilità dell'attestazione ISEE comporta la rinuncia agli eventuali benefici economici relativi agli interventi disposti nel PAP.

L'istanza verrà inviata telematicamente dall'operatore del Punto Insieme/Assistente Sociale al PUA con annessa "scheda di accesso e segnalazione del bisogno" (Allegato 12).

Il PUA assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione e il coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza e attiva il percorso di valutazione da

parte dell'Assistente Sociale e del servizio infermieristico territoriale in forma congiunta o separata.

Sulla base della valutazione dei diversi operatori coinvolti, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) elabora un Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) entro 30 giorni dall'invio dell'istanza completa al PUA.

Possono essere previste valutazioni da effettuare in via d'urgenza (entro 15 giorni).

Art. 4 – funzionamento dell'UVM

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare è composta da:

- un medico di distretto;
- un assistente sociale;
- un infermiere.

L'UVM è di volta in volta integrata da:

- gli operatori coinvolti nella valutazione del caso;
- eventuali professionalità specialistiche;
- medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione.

Alla Unità di Valutazione competono:

- la valutazione multidimensionale e la verifica della sussistenza delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente;
- l'individuazione dell'indice di gravità del bisogno;
- la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP), con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni sociosanitarie appropriate domiciliari, semiresidenziali e residenziali;
- la sua condivisione con la famiglia;
- la periodica verifica degli obiettivi del PAP e della appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché le eventuali rivalutazioni previste.
- La decisione su eventuali deroghe motivate per raggiungere gli obiettivi previsti dal PAP.

L'UVM si riunisce in modo da garantire la possibilità di risposta al cittadino entro 30 (trenta) giorni.

L'UVM è convocata dal Coordinatore, attraverso personale amministrativo afferente al PUA; deve essere garantito agli operatori territoriali almeno dieci giorni lavorativi, tra l'assegnazione del caso e la data di convocazione della commissione UVM, per effettuare la valutazione multidimensionale. E' possibile una convocazione d'urgenza, previo accordo con il case manager; in questo caso i tempi di risposta al cittadino sono ridotti a quindici giorni (15).

L'UVM effettua valutazione del bisogno complesso in base alle schede di valutazione multidimensionale indicate dalla LRT 66/2088 e dalla delibera G.R.T. 370/2010 che comprendono l'area clinico funzionale, cognitivo comportamentale e socio-ambientale.

La Commissione UVM valuta inoltre eventuale documentazione aggiuntiva prodotta dalla famiglia.

Le schede di valutazione, redatte in piena autonomia tecnico professionale dai singoli professionisti, individuano il bisogno emergente e costituiscono lo strumento che indica il punteggio in lista.

Il punteggio che stabilisce l'ordine di priorità per l'erogazione dei servizi sarà calcolato contestualmente alla stesura del PAP nel corso della apposita seduta UVM.

L'UVM elabora il progetto perseguendo uniformità di parere tra tutti gli operatori coinvolti nella definizione di un progetto assistenziale personalizzato. Ove ciò non accada verrà comunque elaborato un PAP sulla base delle indicazioni del Coordinatore. I componenti che non condividono il PAP possono non sottoscriverlo; in tal caso dovranno esplicitarne le motivazioni che verranno messe a verbale.

Art. 5 - Il PAP (Progetto Assistenziale Personalizzato)

Gli interventi assistenziali valutati appropriati in base al bisogno emergente dovranno essere indicati nella formulazione del PAP.

Il PAP, firmato dai componenti della commissione UVM e dall'Assistente Sociale referente, viene inviato tramite mail dall'ufficio amministrativo PUA all'Assistente Sociale case manager, che provvederà alla condivisione con i familiari.

Il PAP deve essere firmato dal familiare di riferimento e riconsegnato entro 30 giorni dalla data di ricezione del PAP all'Assistente Sociale referente che provvederà ad inviarlo tempestivamente al PUA. Il cittadino può rivolgersi all'Assistente Sociale responsabile per il progetto qualora necessiti di ulteriori chiarimenti.

In caso di condivisione del PAP il nominativo sarà inserito nelle liste di priorità tenendo in considerazione la data di invio del PAP al PUA; l'attivazione del progetto sarà subordinata allo scorrimento delle graduatorie.

Ogni venti del mese si chiudono le liste di priorità.

In caso di non condivisione del PAP, il cittadino si rivolgerà all'Assistente Sociale di riferimento per trovare un accordo progettuale (esempio *monetizzazione*) o, in ultima analisi, per chiedere un incontro con la Commissione UVM che ha elaborato il PAP con apposita modulistica (Allegato 10).

L'attivazione effettiva di quanto previsto nel PAP avverrà solo previo scorrimento della lista di priorità e ne sarà data comunicazione al cittadino da parte del case manager.

La comunicazione al case manager circa la disponibilità delle risorse per l'attivazione dell'intervento è data dalla struttura Amministrativa della SdS Fiorentina Sud-Est.

Dalla comunicazione di avvio il cittadino avrà 30 giorni di tempo per produrre la documentazione necessaria ad attivare l'intervento previsto, eventuali ritardi dovranno essere motivati. E' prevista la possibilità da parte dell'Assistente Sociale di chiedere una proroga motivata dell'attivabilità del servizio di ulteriori 30 giorni, decorsi i quali decade la possibilità di attivarlo ma permane valido il progetto fino a scadenza indicata nel PAP, con possibilità di reinserimento in lista d'attesa.

Al fine di garantire adeguata trasparenza, le liste di priorità sono inviate mensilmente alle assistenti sociali competenti per area professionale.

Il responsabile del progetto (case manager) è tenuto a comunicare tempestivamente eventuali variazioni quali il decesso della persona assistita, il trasferimento di residenza, il ricovero in RSA o in ospedale, e/o altri motivi che giustificano la sospensione del servizio. Il cittadino (diretto interessato, suo familiare o curatore/tutore/amministratore di sostegno), alla scadenza indicata sul PAP, dovrà richiedere una nuova valutazione del progetto, recandosi al Punto Insieme o dall'Assistente Sociale di riferimento, con scheda clinica aggiornata e ISEE in corso di validità, per riattivare il percorso.

Il cittadino potrà richiedere una nuova valutazione prima della scadenza del PAP solo in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- aggravamento della condizione sanitaria attestato da apposita relazione del medico curante o da specifica relazione specialistica;
- modifica delle condizioni socio ambientali attestata da apposita relazione del servizio sociale territoriale.

In entrambi i casi la documentazione dovrà essere inviata, tramite il PUA, all'UVM che darà parere positivo o negativo per la riapertura in anticipo rispetto alla scadenza del PAP.

La presente procedura è descritta nell'apposito allegato n.9, "Restituzione del PAP e attivazione dei servizi".

Art. 6 – incompatibilità con altri interventi

Al momento della presentazione della richiesta di valutazione non autosufficienza, il richiedente deve comunicare se la persona interessata è beneficiaria di interventi assistenziali da altri fondi o Enti. Qualora il beneficiario stia usufruendo di un intervento da FNA e riceva esito positivo all'attivazione di interventi da altri Fondi/Enti, il richiedente si impegna a darne immediata comunicazione al Servizio Sociale Territoriale. In tal caso il PAP sarà rivalutato indipendentemente dalla sua data di scadenza.

Il contributo economico, finalizzato all'assunzione di personale privato addetto all'assistenza, è incompatibile con altri contributi economici, erogati con la medesima finalità. Qualora venga riconosciuto dalla Commissione UVM/UVMD un contributo economico da FNA e l'utente stia già usufruendo di un contributo economico HCP (Home Care Premium), al momento dell'attivazione del contributo da FNA il cittadino deve scegliere *una delle due prestazioni*. Qualora venga scelto il contributo economico HCP, il cittadino o suo rappresentante deve fare richiesta di "sospensione" del contributo economico da FNA.

La prestazione sospesa può essere ripristinata al termine del progetto HCP, previa nuova valutazione da parte della Commissione UVM/UVMD della sussistenza dei requisiti (condizione di bisogno, isogravità, ISEE, contratto...), indipendentemente dalla data di scadenza del PAP.

La commissione UVM/UVMD nell'elaborazione del PAP terrà conto anche di eventuali prestazioni integrative, diverse dal contributo economico, previste nel progetto HCP, valutandone la compatibilità con quelle previste dal FNA.

Art. 7 - Compartecipazioni alla spesa

Le compartecipazioni al costo dei servizi e l'importo dei contributi economici sono stabilite nelle apposite tabelle di compartecipazione allegate al presente.

Società della Salute Fiorentina Sud Est

Nel caso in cui il PAP preveda più prestazioni che contemplino la compartecipazione da parte dell'utente è previsto un abbattimento del 20% sulla quota più alta.

In casi eccezionali ed adeguatamente motivati, possono essere concesse deroghe alla compartecipazione. La deroga può essere richiesta nelle varie fasi precedenti l'attivazione della prestazione prevista dal PAP. In ogni caso, deve essere discussa in Commissione Assistenza del Comune di residenza (presentata dall'Assistente Sociale che ha in carico il caso) e l'esito deve essere comunicato all'UVM e al Polo Amministrativo entro il quale il comune di residenza afferisce.