

ALLEGATO A

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

Sommario

Sommario	1
Art. 1 - I servizi attivabili.....	2
1.1) SERVIZI DOMICILIARI	2
A. ASSISTENZA DOMICILIARE IN FORMA INDIRETTA.....	2
a.1 - Contributo per Assistente Familiare	2
a.2 - Contributi maggiorati	3
a.3 - Contributo per cure familiari	4
B. SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FORMA DIRETTA (SAD).....	5
b.1 - Assistenza Domiciliare diretta (SAD)	5
b.2 - SAD a Tutela	6
b.3 - Pronto sociale	6
b.4 - Tutoraggio	7
C. SERVIZI SEMIRESIDENZIALI - CENTRO DIURNO	7
D. RICOVERI TEMPORANEI	8
d.1 - Ricoveri Temporanei	8
d.1.1 – Rivalsa per quota sociale RSA Temporaneo	8
d.2 - Ricoveri Temporanei disposti dal Servizio Emergenze Urgenze Sociale - PIS	9
d.3 - Ricoveri a termine modulo 3 cognitivo.....	9
1.2) SERVIZI RESIDENZIALI	10
E. RICOVERI A TERMINE.....	10
F. RICOVERO DEFINITIVO	10
1.3) MONETIZZAZIONE DEL PAP	11
1.4) PROGETTO ADA	12
ART.2 - Criteri per l'accesso in liste di Priorità	12
2.1 INTERVENTI IN URGENZA	13
2.2. SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FORMA INDIRETTA	13
2.3. SERVIZI DI ASSISTENZA DOMICILIARE IN FORMA DIRETTA (SAD)	14
2.4. STRUTTURE DI RICOVERO SEMIRESIDENZIALE (CENTRI DIURNI).....	15
2.5. STRUTTURE DI RICOVERO RESIDENZIALE TEMPORANEO	16
2.6. STRUTTURE DI RICOVERO RESIDENZIALE A PERMANENZA.....	16
2.7. STRUTTURE DI RICOVERO RESIDENZIALE A TERMINE.....	16
2.8. STRUTTURE DI RICOVERI RESIDENZIALI IN MODULO SPECIALISTICO	17

Art. 1 - I servizi attivabili

1.1) 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 e accreditato¹ 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 un suo rappresentante purché nel contratto sia specificato il destinatario dell'assistenza.

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 (coniuge, convivente di fatto o unito civilmente)², 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).

Per ISEE inferiore a 8500,00€ verrà corrisposto il contributo massimo previsto dalle tabelle in base alle ore contrattualizzate e all'Isogravità risultante dal PAP.

La soglia ISEE per l'accesso al contributo è pari a 36000,00 € per chi non è percettore di Indennità di Accompagnamento e 30000,00 per i percettori di Indennità di Accompagnamento. Per gli ISEE sopra soglia, i progetti non verranno inseriti in lista di priorità.

La dichiarazione di rinuncia alla presentazione dell'ISEE comporta il non inserimento nelle liste di priorità

I giustificativi comprovanti la regolarità contrattuale e le conseguenti spese sostenute per il pagamento dei contributi saranno periodicamente verificate d'ufficio; in caso di esito negativo della verifica il beneficio sarà immediatamente sospeso con la richiesta di recupero di eventuali mensilità indebitamente percepite, compresi eventuali interessi di mora. E' fatto tuttavia obbligo ai titolari del contratto presentare trimestralmente la dichiarazione sostitutiva di regolarità contributiva.

1 Legge regionale 82/2009 e regolamento 11 agosto 2020 n.86/R

2 Art. 143 Codice Civile e legge 76 del 20/05/2016

Fermo restando la sussistenza del contratto di lavoro, l'importo del contributo sarà corrisposto nel mese di attivazione se la documentazione è disponibile entro il 15 del mese, altrimenti verrà recuperato nel mese successivo. Nel caso in cui il contratto non sia preesistente ma venisse stipulato dopo il 15 del mese di possibile attivazione la decorrenza del contributo sarà dal mese successivo. Parallelamente sarà corrisposto interamente se il decesso del beneficiario avviene dopo il 15 del mese, per la metà dell'importo nel caso in cui il decesso avvenga entro la prima metà del mese.

L'attivabilità del contributo resta possibile entro 60 giorni dalla comunicazione del case manager alla famiglia. Entro tale periodo la famiglia è tenuta a presentare copia del contratto attivo e dichiarare l'avvenuta presentazione della DSU (es: possibile attivazione dal 01 gennaio – presentazione della documentazione entro la fine del mese di febbraio). Se, entro il termine di questo periodo, non viene prodotta la documentazione richiesta o non vengono comunicate motivazioni valide a giustificazione del ritardo tali da consentire una concessione di proroga del periodo di attivabilità di ulteriori 30 giorni, decade automaticamente la possibilità di accedere al contributo, pur restando valida la possibilità di usufruire del Ricovero di sollievo, se previsto dal PAP in corso di validità.

E' fatta salva, per il beneficiario, la possibilità di richiedere, tramite il case manager, entro il termine dei 60 giorni dalla comunicazione del case manager alla famiglia dell'attivabilità, o 90 in caso di avvenuta richiesta proroga, il reinserimento in lista di attesa per lo stesso progetto, fermo restando che il PAP deve essere in corso di validità o già programmata la rivalutazione. In questo caso si azzerava il punteggio di anzianità maturato fino all'attivabilità.

Nel caso in cui, al momento dell'attivazione, un beneficiario rinunci a ricevere il contributo economico per importo che la persona ritiene irrisorio, nel corso di validità del PAP e alla variazione della condizione economica (ISEE) il contributo economico viene riattivato senza rientrare in lista d'attesa su richiesta del beneficiario e sulla base del nuovo calcolo da tabella.

Il contributo economico attivo può essere sospeso mantenendo il diritto alla riattivazione, su richiesta della famiglia, per un massimo di 4 mesi. Decorso tale termine, prima di poter essere riattivato, la prestazione dovrà rientrare in lista di priorità con azzeramento dell'anzianità e, in caso di PAP scaduto, sarà necessaria anche la rivalutazione UVM.

In caso di due persone conviventi e ciascuna con PAP di contributo badante è possibile corrispondere, a fronte di un unico contratto cointestato ad alta intensità, due contributi economici calcolati utilizzando i parametri economici della media intensità assistenziale.

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, Ser.D. o che presentano gravi patologie certificate).

Non può comunque essere proposto il contributo maggiorato se presenti 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€;
- Regolare contratto di assunzione badante o previsione di contratto
- 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.

I contributi maggiorati non sono soggetti a inserimento in lista di priorità in quanto si considerano prestazioni in urgenza e devono essere attivati entro 15 giorni, prorogabili di altri 15 con motivazione del case manager, salvo disponibilità del FNA

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. Il familiare individuato come care-giver deve quindi essere convivente e non svolgere attività lavorativa.

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. Parallelamente sarà corrisposto interamente se il decesso del beneficiario avviene dopo il 15 del mese, per la metà dell'importo nel caso in cui il decesso avvenga entro la prima metà del mese.

Per ISEE inferiore a 8500,00€ verrà corrisposto il contributo massimo previsto dalle tabelle. La soglia ISEE massima per l'accesso al contributo è pari a 36000,00 € per chi non è percettore di Indennità di Accompagnamento e 30000,00 per i percettori di Indennità di Accompagnamento. Per gli ISEE sopra soglia, i progetti non verranno inseriti in lista di priorità.

La dichiarazione di rinuncia alla presentazione dell'ISEE comporta il non inserimento nelle liste di priorità

L'attivabilità del contributo resta possibile entro 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla famiglia. Se, entro il termine di questo periodo, non viene prodotta la documentazione richiesta o non vengono comunicate motivazioni valide a giustificazione del ritardo tali da consentire una concessione di proroga del periodo di attivabilità di ulteriori 30 giorni, decade automaticamente la

possibilità di accedere al contributo, pur restando valida la possibilità di usufruire del Ricovero di sollievo, se previsto dal PAP in corso di validità.

E' fatta salva, per il beneficiario, la possibilità di richiedere, tramite il case manager, entro il termine dei 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla famiglia dell'attivabilità, o 60 in caso di avvenuta richiesta proroga, il reinserimento in lista di attesa per lo stesso progetto, fermo restando che il PAP deve essere in corso di validità o già programmata la rivalutazione. In questo caso si azzerà il punteggio di anzianità maturato fino all'attivabilità.

Nel caso in cui, al momento dell'attivazione, un beneficiario rinunci a ricevere il contributo economico per importo che la persona ritiene irrisorio, nel corso di validità del PAP e alla variazione della condizione economica (ISEE) il contributo economico viene riattivato senza rientrare in lista d'attesa su richiesta del beneficiario e sulla base del nuovo calcolo da tabella, salvo disponibilità di fondi.

Il contributo economico attivo può essere sospeso mantenendo il diritto alla riattivazione, su richiesta della famiglia, per un massimo di 3 mesi; decorso tale termine, prima di poter essere riattivato, il contributo dovrà rientrare in lista di priorità con azzeramento dell'anzianità e, in caso di pap scaduto, sarà necessaria anche la rivalutazione UVM.

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'attivabilità del SAD resta possibile entro 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla persona interessata/famiglia. Se, entro il termine di questo periodo, non viene attivato il servizio o non vengono comunicate motivazioni valide a giustificazione del ritardo tali da consentire una concessione di proroga del periodo di attivabilità di ulteriori 30 giorni, decade automaticamente la possibilità di accedere al servizio, pur restando valida la possibilità di usufruire del Ricovero di Sollievo se previsto dal PAP in corso di validità.

E' fatta salva, per il beneficiario, la possibilità di richiedere, tramite il case manager, entro il termine dei 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla famiglia dell'attivabilità, o 60 in caso di avvenuta richiesta proroga, il reinserimento in lista di attesa per lo stesso progetto, fermo restando che il PAP deve essere in corso di validità o già programmata la rivalutazione. In questo caso si azzerà il punteggio di anzianità maturato fino all'attivabilità.

Il SAD attivo può essere sospeso mantenendo il diritto alla riattivazione, su richiesta della famiglia, per un massimo di 3 mesi; decorso tale termine, prima di poter essere riattivato, il SAD dovrà rientrare in lista di priorità con azzeramento dell'anzianità e, in caso di pap scaduto, sarà necessaria anche la rivalutazione.

E' possibile, a seguito di valutazione e comunicazione motivata da parte del case manager, un'attivazione graduale delle ore previste dal pap e di cui è stata data comunicazione di attivabilità. Se nell'arco di validità del PAP non sono state attivate tutte le ore previste dal pap è possibile attivarle anche con pap in corso di rinnovo e al rinnovo del pap sono considerate attivabili, senza necessità di transitare dalla lista di priorità.

b.2 - SAD a Tutela

Questo intervento è previsto solo in caso di anziani soli con situazioni sanitarie e sociali gravi e documentabili laddove l'assistenza domiciliare rimane l'unico intervento attivabile a tutela della persona.

Il SAD a tutela è immediatamente attivabile, salvo disponibilità di fondi, ed ha una durata limitata nel tempo indicata nel PAP.

La proposta potrà essere fatta anche in caso di anziano con figli, a loro volta, in situazioni sanitarie e sociali gravi e documentabili.

La compartecipazione per questa prestazione è calcolata con la tabella in vigore per il calcolo compartecipazione SAD.

Laddove il case manager valuti che, in attesa di nomina AdS, sia necessario attivare il SAD a tutela con temporanea esenzione, farà richiesta motivata in commissione UVM che valuterà l'appropriatezza e disporrà l'attivazione della prestazione in deroga alla compartecipazione con eventuale rivalsa dopo nomina AdS.

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 SAD. Tale servizio è attivabile con percorso diretto su proposta del Servizio Sociale e convalida da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

In caso di dimissioni da ricovero ospedaliero, per una persona con percorso di valutazione UVM già aperto, è possibile attivare a cura del servizio sociale COT un pacchetto di pronto sociale di 5 ore rinnovabili fino ad un massimo di 15 ore. La prestazione sarà convalidata nel PAP da parte dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM).

Questi servizi sono finalizzati al mantenimento della persona non autosufficiente a domicilio, non prevedono alcuna compartecipazione e sono indipendenti dalla presentazione dell'attestazione ISEE.

Contestualmente all'attivazione del servizio l'assistente sociale case manager deve inviare a PUA e agli uffici amministrativi SdS il relativo modulo di attivazione.

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. SERVIZI SEMIRESIDENZIALI - 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'attivabilità del Centro Diurno resta possibile entro 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla persona interessata/famiglia. Se, entro il termine di questo periodo, non viene attivato il servizio o non vengono comunicate motivazioni valide a giustificazione del ritardo tali da consentire una concessione di proroga del periodo di attivabilità di ulteriori 30 giorni, decade automaticamente la possibilità di accedere al servizio, pur restando valida la possibilità di usufruire del Ricovero di Solievo se previsto dal PAP in corso di validità.

E' fatta salva, per il beneficiario, la possibilità di richiedere, tramite il case manager, entro il termine dei 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla famiglia dell'attivabilità, o 60 in caso di avvenuta richiesta proroga, il reinserimento in lista di attesa per lo stesso progetto, fermo restando che il PAP deve essere in corso di validità o già programmata la rivalutazione. In questo caso si azzera il punteggio di anzianità maturato fino all'attivabilità.

Il centro diurno attivo può essere sospeso mantenendo il diritto alla riattivazione, su richiesta della famiglia, per un massimo di 3 mesi. Decorso tale termine il beneficio decade e l'interessato potrà chiedere di inserire il progetto nuovamente in lista di priorità. In tal caso il punteggio di anzianità verrà maturato a partire dal nuovo inserimento in lista.

Previa comunicazione del case manager è possibile un'attivazione graduale dei giorni previsti dal pap, nell'arco di validità dello stesso.

Al rinnovo del PAP eventuali giorni previsti nel PAP precedente ma non ancora attivati, saranno confermati e considerati attivabili senza necessità di inserimento in lista.

D. RICOVERI TEMPORANEI

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 caregiver.

Il ricovero temporaneo disposto da PAP è fruibile dalla persona all' interno dell'anno solare della redazione del PAP, salvo diverse indicazioni.

Il possibile accesso ad una eventuale compartecipazione del FNA alla quota sociale è subordinata alla disponibilità economica del FNA.

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.1.1 – Rivalsa per quota sociale RSA Temporaneo

Qualora prima del ricovero non sussistano le condizioni per effettuare il calcolo della compartecipazione per l'indisponibilità di un'attestazione ISEE valida e idonea, su richiesta del servizio sociale tramite sottoscrizione del modulo specifico allegato, in considerazione dell'urgenza, il massimo importo previsto per la compartecipazione (53,50 €) sarà anticipato dalla SdS.

Entro 60 giorni dall'avvio del ricovero dovrà essere presentato ISEE in corso di validità ai fini del ricalcolo della quota sociale a carico della persona assistita valida retroattivamente dall'inizio del ricovero ai sensi dell'art. 2033 codice civile.

In caso di mancata presentazione dell'istanza nei termini stabiliti (60 giorni), l'intero corrispettivo sociale del titolo d'acquisto è posto retroattivamente a totale carico della persona assistita e dovrà essere rimborsato.

In analogo modo si procede nei casi in cui per la presentazione dell'istanza occorre la nomina di un Amministratore di Sostegno o altra figura di tutela giuridica. In tali casi, non è prevista la scadenza di 60 giorni, ma si attende la nomina dell'Amministratore di sostegno (o di altra figura di tutela giuridica).

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 comunicazione al PUA alla mail 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 Servizio Sociale Professionale e al PUA;
- il PUA contatta il Medico di Medicina Generale per la compilazione della scheda clinica;
- il PUA avvia il percorso di valutazione di non autosufficienza convocando la seduta UVM entro 7 giorni, chiedendo la valutazione al Servizio Sociale Professionale e al servizio infermieristico competente territorialmente.

Entro 7 giorni sarà definito il PAP, 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 limiti stabiliti in 53.50 euro al giorno.

d.3 - Ricoveri a termine modulo 3 cognitivo

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", 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.

L'attivabilità del ricovero a termine resta possibile entro 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla famiglia. Se, entro il termine di questo periodo, non viene attivato il servizio o non vengono comunicate motivazioni valide a giustificazione del ritardo tali da consentire una

concessione di proroga del periodo di attivabilità di ulteriori 30 giorni, decade automaticamente la possibilità di accedere al servizio.

E' fatta salva, per il beneficiario, la possibilità di richiedere entro il termine dei 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla famiglia dell'attivabilità, o 60 in caso di avvenuta richiesta proroga, il reinserimento in lista di attesa per lo stesso progetto azzerando il punteggio di anzianità maturato fino all'attivabilità.

Nel caso in cui la persona sia titolare di un progetto domiciliare inserito in lista di priorità al quale si aggiunge, in un successivo PAP o suo aggiornamento, un progetto di ricovero a termine in modulo cognitivo, il progetto domiciliare rimane inserito nella lista di priorità continuando a maturare l'anzianità.

Se il progetto domiciliare è attivo prima del ricovero in modulo 3, durante il ricovero il beneficio rimane sospeso e "congelato", sarà poi riattivato al momento del rientro a domicilio, fermo restando la disponibilità dei fondi.

1.2) SERVIZI RESIDENZIALI

I ricoveri residenziali 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 la necessità di un inserimento in struttura.

L'intera retta sociale è a carico della persona senza possibilità di compartecipazione da parte del FNA.

E. 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'attivabilità della prestazione resta possibile entro 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla persona interessata/famiglia. Se, entro il termine di questo periodo, non viene attivato il servizio o non vengono comunicate motivazioni valide a giustificazione del ritardo tali da consentire una concessione di proroga del periodo di attivabilità di ulteriori 30 giorni, decade automaticamente la possibilità di accedere al servizio.

E' fatta salva, per il beneficiario, la possibilità di richiedere entro il termine dei 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla famiglia dell'attivabilità, o 60 in caso di avvenuta richiesta proroga, il reinserimento in lista di attesa per lo stesso progetto azzerando il punteggio di anzianità maturato fino all'attivabilità.

F. RICOVERO DEFINITIVO

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 BIA³) 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'attivabilità della prestazione resta possibile entro 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla persona interessata/famiglia. Se, entro il termine di questo periodo, non viene attivato il servizio o non vengono comunicate motivazioni valide a giustificazione del ritardo tali da consentire una concessione di proroga del periodo di attivabilità di ulteriori 30 giorni, decade automaticamente la possibilità di accedere al servizio.

E'fatta salva, per il beneficiario, la possibilità di richiedere entro il termine dei 30 giorni dalla comunicazione del case manager alla famiglia dell'attivabilità, o 60 in caso di avvenuta richiesta proroga, il reinserimento in lista di attesa per lo stesso progetto azzerando il punteggio di anzianità maturato fino all'attivabilità.

1.3) 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 Usl Toscana Centro n. 1460/2019 con monetizzazione del PAP .

Per Accomodamento ragionevole si intende quindi *"l'assegnazione alla RSA della quota di risorse che gravano sul Fondo della Non Autosufficienza (FNA) 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, l'interessato/AdS o la persona di riferimento, può richiedere la monetizzazione della prestazione prevista dal PAP.

3 Per BIA si intende Bassa Intensità Assistenziale

Il calcolo avverrà in base alla relativa tabella allegata al presente regolamento fermo restando il limite ISEE stabilito per la prestazione monetizzata.

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

1.4) 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.

La L.R. 66/2008 all'articolo 10 dispone che entro trenta giorni la UVM presenti la risposta assistenziale ritenuta adeguata per ogni cittadino che richieda la valutazione di non autosufficienza; il percorso si perfeziona con l'attribuzione di punteggi e l'inserimento in liste di priorità. Per questo le liste di priorità non sono statiche ma dinamiche. Sono quindi soggette a continue evoluzioni in base ai nuovi ingressi e agli aggiornamenti di quelli già presenti per modifiche delle condizioni che determinano un aggiornamento del punteggio.

Nel caso in cui un progetto già inserito in lista e non ancora arrivato all'attivazione, alla rivalutazione venga sostituito con nuovo progetto, quest'ultimo viene inserito nella specifica lista traslando l'anzianità maturata nella lista del primo progetto dalla quale viene tolto.

Se il progetto di rivalutazione non sostituisce ma integra quello precedentemente disposto per il quale la persona si trovi ancora in lista di priorità, il nominativo viene mantenuto nelle due liste senza traslare l'anzianità di lista.

2.1 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 disposti 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 da parte del case manager contestualmente all'avvio dell'intervento al PUA e agli uffici amministrativi della Società della Salute, allegando il modulo di attivazione; eventuali ritardi nell'attivazione dovranno esser motivati al PUA e agli uffici amministrativi per mantenere valida l'attivabilità, fino ad un massimo di ulteriori 30 giorni. Decorso anche tale termine l'intervento in urgenza non è più attivabile e si rende necessaria rivalutazione UVM.

2.2. 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 con coniuge valutato non autosufficiente (con isogravità 3,4,5) o in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3 o invalido civile al 100% e/o con un figlio unico in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3 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 convivente di 2 persone non autosufficienti con isogravità 3, 4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in condizione di disabilità

riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3. La situazione di complessità sociale viene riconosciuta anche nel caso in cui sia presente un figlio non convivente con invalidità civile al 100% e/o con riconoscimento di persona con disabilità ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3.

Il punteggio di complessità sociale non si applica nel caso in cui ci siano le condizioni per applicare il punteggio per l'anziano solo"

- **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)

2.3. 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 con coniuge valutato non autosufficiente (con isogravità 3,4,5) o in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3 o invalido civile al 100% e/o con un figlio unico in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3 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 convivente di 2 persone non autosufficienti con isogravità 3, 4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3. La situazione di complessità sociale viene riconosciuta anche nel caso in cui sia presente un figlio non convivente con invalidità civile al 100% e/o con riconoscimento di persona con disabilità ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3.

Il punteggio di complessità sociale non si applica nel caso in cui ci siano le condizioni per applicare il punteggio per l'anziano solo"

- **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.

2.4. 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 con coniuge valutato non autosufficiente (con isogravità 3,4,5) o in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3 o invalido civile al 100% e/o con un figlio unico in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3 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 convivente di 2 persone non autosufficienti con isogravità 3, 4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3. La situazione di complessità sociale viene riconosciuta anche nel caso in cui sia presente un figlio non convivente con invalidità civile al 100% e/o con riconoscimento di persona con disabilità ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3.

Il punteggio di complessità sociale non si applica nel caso in cui ci siano le condizioni per applicare il punteggio per l'"anziano solo"

- **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)

2.5. STRUTTURE DI RICOVERO RESIDENZIALE TEMPORANEO

Per i ricoveri Temporanei non sono previste liste di priorità.

2.6. 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 Usl 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)

2.7. 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 con coniuge valutato non autosufficiente (con isogravità 3,4,5) o in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3 o invalido civile al 100% e/o con un figlio unico in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3 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 convivente di 2 persone non autosufficienti con isogravità 3, 4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3. La situazione di complessità sociale viene riconosciuta anche nel caso in cui sia presente un figlio non convivente con invalidità civile al 100% e/o con riconoscimento di persona con disabilità ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3.

Il punteggio di complessità sociale non si applica nel caso in cui ci siano le condizioni per applicare il punteggio per l'"anziano solo"

- **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)

2.8. 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 UsI 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 con coniuge valutato non autosufficiente (con isogravità 3,4,5) o in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3 o invalido civile al 100% e/o con un figlio unico in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3 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 convivente di 2 persone non autosufficienti con isogravità 3, 4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in condizione di disabilità riconosciuta ai sensi della L.104/92 art 3 comma 3. La situazione di complessità sociale viene riconosciuta anche nel caso in cui sia presente un figlio non convivente con invalidità civile al 100% e/o con riconoscimento di persona con disabilità ai sensi della legge 104/1992 art. 3 comma 3.

Il punteggio di complessità sociale non si applica nel caso in cui ci siano le condizioni per applicare il punteggio per l'"anziano solo"

- **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)