

REGOLAMENTO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI – AREA NON AUTOSUFFICIENZA DELLA SOCIETA’ DELLA SALUTE FIORENTINA SUD EST

Sommario

Sommario.....	1
ALLEGATI	2
SEZIONE I – PREMESSA	3
ART. 1 – PREMESSA.....	3
SEZIONE II – CRITERI GENERALI, PRINCIPI ED OBIETTIVI, FINALITA’ E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	3
ART. 2 - FINALITA’	3
ART. 3 - PRINCIPI E VALORI ISPIRATORI	4
ART. 4– AMBITO DI COMPETENZA.....	5
ART. 5 OGGETTO DEL REGOLAMENTO.....	5
ART. 6 – LIVELLI DI ASSISTENZA.....	5
ART. 7 - INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE PER LA SALUTE	6
ART. 8 – VALORIZZAZIONE DEL PRIVATO SOCIALE E TERZO SETTORE	7
ART. 9 - PRIORITÀ D'ACCESSO – LISTE DI ATTESA	7
ART. 10- COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEI SERVIZI.....	7
SEZIONE III –ACCESSO AI PERCORSI DI VALUTAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	8
ART. 11 - RETE DI ACCESSO AI SERVIZI.....	8
11.1 PUNTI INSIEME e Punto Unico di Accesso (PUA)	9
11.2 CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)	10
ART. 12 –PROCEDURE DI ACCESSO ALLA VALUTAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	11
ART. 13 –FUNZIONAMENTO DELL’UNITA’ DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (UVM).....	12
Art.14 - Il PAP (Progetto Assistenziale Personalizzato).....	13
Art. 15 – INCOMPATIBILITA’ CON ALTRI INTERVENTI.....	15
SEZIONE IV - DISPOSIZIONI FINALI	15
ART. 16–FORME E STRUMENTI DI TUTELA DEI CITTADINI	15
ART. 17 - NORMA DI RINVIO	16
ART. 18 - ENTRATA IN VIGORE	16

ALLEGATI

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

ALLEGATO B - SCHEDE CRITERI CALCOLO PUNTEGGIO

ALLEGATO C - TABELLE CALCOLO COMPARTECIPAZIONE

ALLEGATO D - MODULISTICA

SEZIONE I – PREMESSA

ART. 1 – PREMESSA

Il presente Regolamento, coerentemente con gli atti normativi, di programmazione regionale e zonale e con altra normativa specifica di settore per progetti speciali finanziati, disciplina i principi generali, le finalità e i criteri di attuazione cui si conforma il sistema integrato dei servizi che fa riferimento alla Società della Salute Fiorentina Sud Est, di seguito denominata SdS, e agli Enti consorziati (Comuni di Bagno a Ripoli, Impruneta, Greve in Chianti, San Casciano Val di Pesa, Barberino Tavarnelle, Fiesole, Figline Valdarno, Reggello, Rignano sull'Arno, Pontassieve, Pelago, Rufina, Londa, San Godenzo e Azienda USL Toscana Centro).

In particolare regola i requisiti generali di accesso e di ammissione ai servizi sociosanitari integrati nell'area degli anziani in condizione di non autosufficienza, anche parziale e temporanea, della SdS, al fine di garantire ai cittadini omogeneità, coerenza ed equità nel rispetto della normativa nazionale e regionale di riferimento, in conformità con i principi fondamentali della Costituzione, della L. 328/00, della L.R. 41/05 e s.m.i., degli altri atti successivi e collegati, tenendo presente che le prestazioni sono erogate nei limiti delle risorse disponibili della SdS e degli Enti consorziati.

Per prestazioni si intendono tutte le attività relative alla predisposizione e alla erogazione di servizi, gratuiti e/o con tariffa ed eventuali agevolazioni, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona presa in carico incontra nel corso della vita.

Restano escluse dal presente regolamento le prestazioni assicurate dal sistema previdenziale e da quello esclusivamente sanitario, gli interventi disciplinati da apposite leggi statali e/o regionali, nonché i servizi socio-assistenziali che sono disciplinate da specifico regolamento.

SEZIONE II – CRITERI GENERALI, PRINCIPI ED OBIETTIVI, FINALITÀ E CAMPO DI APPLICAZIONE

ART. 2 - FINALITÀ

La Società della Salute Fiorentina Sud Est, in qualità di soggetto gestore delle funzioni in materia di servizi socio-sanitari e sociali a rilevanza sanitaria, ai sensi delle leggi nazionali e regionali disciplinanti l'assetto dei servizi socio-sanitari, anche in riferimento al Profilo di Salute e al Piano Integrato di Salute della zona Fiorentina Sud Est, svolge compiti di programmazione, organizzazione e gestione degli stessi, allo scopo di realizzare una rete locale degli interventi e dei servizi socio-sanitari e nell'intento di perseguire i seguenti obiettivi fondamentali:

- realizzare un sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari e sociali a rilevanza sanitaria volto a promuovere e garantire la qualità della vita, l'autonomia individuale, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione;
- prevenire e rimuovere le cause di natura socio sanitaria e sociale a rilevanza sanitaria

che possono provocare situazioni di bisogno o fenomeni d'emarginazione nell'ambiente di vita ad esclusione delle situazioni e dei bisogni a cui risponde il sistema sanitario o quello socio assistenziale;

- garantire la pari dignità della persona, la riservatezza delle informazioni che la riguardano e tendere, nei limiti del possibile, a rimuovere le cause che hanno provocato l'intervento socio sanitario o sociale a rilevanza sanitaria;
- garantire il diritto delle persone al pieno sviluppo del proprio benessere nell'ambito della propria famiglia e della comunità locale;
- assicurare la fruibilità delle strutture, dei servizi e degli interventi socio-sanitari secondo modalità che garantiscano la libertà e la dignità personale, e realizzino l'eguaglianza di trattamento nel rispetto della specificità delle esigenze di ciascuno;
- promuovere e attuare gli interventi a favore delle persone anziane, finalizzati al mantenimento, inserimento o reinserimento nel proprio ambiente di vita

ART. 3 - PRINCIPI E VALORI ISPIRATORI

La Società della Salute, in qualità di soggetto titolare e gestore delle funzioni in materia di servizi socio-sanitari, ispira la propria azione al pieno rispetto della libertà e dignità della persona e all'inderogabile dovere di solidarietà garantendo i seguenti principi generali:

- ❖ **Universalismo:** la rete dei servizi comunitari rivolge la propria offerta a tutti i cittadini, nel limite delle risorse del bilancio finanziario.
- ❖ **Equità:** l'erogazione degli interventi avviene senza discriminazioni nel rispetto delle diversità e in proporzione al bisogno di ciascuno.
- ❖ **Centralità della persona:** al centro del sistema dei servizi vi è la persona, nella sua unicità e individualità, portatrice di diritti e potenzialità, con particolare riferimento alla valorizzazione e al rispetto delle diverse culture.
- ❖ **Accessibilità:** la definizione di criteri precisi e trasparenti che migliorino la facilità dell'accesso ai servizi rappresenta un elemento caratterizzante e una priorità del sistema, per consentire alle persone di esprimere e veder accolto il proprio bisogno.
- ❖ **Tutela dei diritti e loro esigibilità:** rappresentano una priorità del sistema a garanzia del superamento di ogni discriminazione e per il riconoscimento del diritto irriducibile alla libertà individuale.
- ❖ **Partecipazione e Corresponsabilità:** la partecipazione assume un ruolo centrale e strategico nella definizione del sistema locale dei servizi e si definisce non come semplice consultazione, ma come esercizio della propria possibilità di influire sui processi decisionali. Nello specifico il cittadino è individuato come protagonista e soggetto attivo, al fine di poter accrescere la propria consapevolezza al diritto alla salute e al benessere.
- ❖ **Conoscenza:** circa i percorsi assistenziali e relativamente alle informazioni sui servizi disponibili, fondamentale è la predisposizione della carta dei servizi orientata alla carta di cittadinanza.

- ❖ **Comunicazione:** la comunicazione e la capillare informazione per l'accesso e la fruizione dei servizi sono i principali strumenti per la costruzione di relazioni e di interazioni.
- ❖ **Qualità:** il sistema dei servizi deve perseguire un orientamento alla qualità che si esprime in appropriatezza degli interventi, efficienza, sostenibilità, integrazione, programmazione, progettazione, verifica e valutazione partecipata.
- ❖ **Integrazione:** da intendersi come erogazione contestuale di interventi che si compenetrano per rispondere in termini complessivi ai bisogni espressi dalla persona.
- ❖ **Sussidiarietà:** il principio costituzionale della sussidiarietà si può declinare attraverso la partecipazione della cittadinanza attiva e il coinvolgimento del terzo settore anche attraverso la co-programmazione e la co-progettazione. L'obiettivo è quello di creare valore pubblico nella rete dei servizi.
- ❖ **Domiciliarità:** il sistema dei servizi deve operare affinché possa essere garantito il diritto a mantenere la persona nel proprio ambiente di vita, considerando il ricorso ad interventi istituzionalizzanti come misure possibilmente temporanee, di emergenza ed eccezionalità.
- ❖ **Autodeterminazione:** la persona è la principale protagonista del proprio Progetto Personalizzato, facendo sì che acquisendo tutti gli elementi di conoscenza possa effettuare scelte di vita il più possibile autonome.
- ❖ **Valorizzazione delle famiglie:** quali luoghi privilegiati per la cura della persona.

ART. 4- AMBITO DI COMPETENZA

Le disposizioni del presente Regolamento si applicano ai residenti nel territorio della Società della Salute Fiorentina Sud Est e disciplinano le modalità di accesso agli interventi ed ai servizi, nonché i criteri di erogazione, sulla base della valutazione multiprofessionale del bisogno e della conseguente definizione di un percorso assistenziale personalizzato, nel rispetto delle norme costituzionali, delle norme nazionali e regionali in materia.

ART. 5 OGGETTO DEL REGOLAMENTO

Il regolamento zonale di accesso ai servizi socio-sanitari – area non autosufficienza - disciplina le modalità di accesso agli interventi ed ai servizi, nonché i criteri di erogazione, sulla base della valutazione multiprofessionale del bisogno e della conseguente definizione di un percorso assistenziale personalizzato, nel rispetto delle norme costituzionali, e delle norme nazionali e regionali in materia.

Non sono disciplinati nell'ambito del presente regolamento gli interventi e i servizi attivati nell'ambito di progetti dotati di specifici finanziamenti regionali, statali o europei disciplinati da appositi atti di indirizzo o linee guida, che costituiscono, pertanto, il riferimento per l'individuazione di finalità, obiettivi e criteri di attuazione.

ART. 6 - LIVELLI DI ASSISTENZA

L'assistenza sociosanitaria comprende le prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di

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

Al fine di consentire a ciascun cittadino di accedere ai servizi che concorrono alla rimozione e al superamento delle situazioni di bisogno e di difficoltà, vengono attivati:

- servizi socio-sanitari;
- interventi di ospitalità in strutture residenziali e semiresidenziali socio- sanitarie;
- interventi di tipo economico.

L'elemento che caratterizza le modalità di erogazione degli interventi è costituito dalla predisposizione del Progetto Assistenziale Personalizzato, così come descritto nell'art. 12 del presente regolamento.

Tutti gli interventi sono pertanto integrati fra loro e rappresentano parti di un unico Progetto Personalizzato predisposto dal Servizio Sociale Professionale e dai servizi socio-sanitari, tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), con la collaborazione, se necessaria, di altri Soggetti/Enti presenti sul territorio sia pubblici che privati.

Il Progetto Assistenziale Personalizzato è integrato e si realizza attraverso l'individuazione di un titolare del caso (*case manager*), con il concorso di tutte le professionalità interessate, con il coinvolgimento informato e partecipato dei destinatari e attraverso forme di coordinamento con i soggetti istituzionali e/o con i soggetti del terzo settore.

ART. 7 - INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE PER LA SALUTE

Allo scopo di garantire una risposta unitaria e globale ai bisogni di salute dei cittadini è garantita l'erogazione integrata e coordinata degli interventi sanitari e sociali.

La risposta integrata si realizza attraverso:

- l'integrazione professionale della pluralità di competenze sociali e sanitarie nella valutazione e nella definizione del bisogno, nella elaborazione e realizzazione del progetto, nella programmazione e gestione dei servizi e degli interventi con individuazione di una figura professionale unica con funzioni di "case-manager" titolare del Progetto Personalizzato di cui alla L.R.T 41/2005 e s.m.i.;
- il coinvolgimento di tutte le altre istituzioni/agenzie/associazioni del territorio interessate;
- l'integrazione con le politiche che concorrono al benessere e alla salute della comunità locale;
- la cooperazione fra i diversi livelli istituzionali e le organizzazioni della società civile;
- l'integrazione fra ospedale e territorio.

ART. 8 - VALORIZZAZIONE DEL PRIVATO SOCIALE E TERZO SETTORE

Il privato sociale rappresenta un soggetto che, a pieno diritto, fa parte del sistema integrato dei servizi di sostegno ai percorsi di presa in carico/accompagnamento di famiglie e/o di persone singole in situazione di vulnerabilità attraverso un processo di costruzione partecipata. La SdS intende sempre più promuovere forme di coordinamento e di integrazione con tutti i soggetti collettivi che nel territorio operano in ambiti “contigui”: il volontariato, la cultura, lo sport, il tempo libero, la formazione religiosa e/o spirituale, ecc. In ogni ambito territoriale si concordano pertanto forme di collaborazione fra servizi socio-sanitari, le formazioni sociali, le organizzazioni sindacali, l’associazionismo, e in generale il privato sociale, per costruire percorsi di collaborazione ed interazione nel rispetto dei diversi ruoli e competenze, secondo il modello del partenariato e operando in un rapporto di complementarità, integrazione e valorizzazione delle specifiche differenze. Il privato sociale rappresenta quindi un importante risorsa per la collettività e ha una importante funzione quale soggetto attento e propositivo nella rilevazione dei bisogni del territorio.

ART. 9 - PRIORITÀ D'ACCESSO - LISTE DI ATTESA

In caso di temporanea indisponibilità di risorse finanziarie per l’attivazione di una o più prestazioni previste nel Piano Assistenziale Personalizzato (PAP), la persona è collocata in una lista di priorità per l’attivazione effettiva delle singole prestazioni non disponibili, secondo una graduatoria determinata secondo modalità e criteri predeterminati, oggettivi e trasparenti.

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

Il funzionamento delle liste di priorità è disciplinato dall’allegato A art 2 “Criteri per l’accesso in liste di Priorità” dell’allegato A “CRITERI PER L’ACCESSO AI SERVIZI PER L’ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE”

ART. 10- COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEI SERVIZI

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

Secondo quanto stabilito dall’art. 47 della L.R. 41/2005 e s.m.i., il concorso degli utenti ai costi del sistema integrato è stabilito a seguito della valutazione della situazione economica del richiedente, effettuata con lo strumento dell’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), disciplinato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 *“Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell’Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)”*, come modificato dal decreto legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito con modificazioni dalla legge 26 maggio 2016, n. 89 e s.m.i.. In ottemperanza all’art. 47, comma 5, della L.R. 41/2005 e s.m.i., il regolamento di accesso definisce per ogni percorso assistenziale modalità ed entità del concorso ai costi da parte degli utenti in

coerenza con la programmazione regionale e zonale, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

La condizione economica della persona presa in carico costituisce un elemento necessario per il calcolo dell'eventuale compartecipazione al costo della prestazione e della conseguente, se necessaria, integrazione dell'ente locale di competenza, nonché per il calcolo dell'importo degli eventuali contributi economici previsti dal PAP, in base ai criteri del presente regolamento, ma non rappresenta una condizione per l'accesso al percorso che dovrà essere sempre garantito, in coerenza con il principio dell'universalità e della appropriatezza e con quello di garanzia della presa in carico.

L'indisponibilità dell'attestazione ISEE non impedisce l'accesso al percorso di presa in carico, la valutazione e la predisposizione del Progetto Assistenziale Personalizzato e non può in nessun modo impedire o ritardare la valutazione multidimensionale del bisogno e la predisposizione del Progetto di Assistenza Personalizzato.

Qualora l'assistito decida di non essere soggetto a valutazione della propria situazione economica, sottoscrivendo il relativo modulo di rinuncia alla presentazione ISEE verrà richiesta la compartecipazione massima prevista per la prestazione o per l'insieme di prestazioni erogate e non potranno essere assegnati contributi economici per i quali sia necessaria la valutazione della situazione economica per accedervi o quantificarli. Le compartecipazioni al costo dei servizi e l'importo dei contributi economici sono stabilite nelle apposite tabelle di compartecipazione allegate al presente.

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.

Per il centro diurno tale abbattimento non può in nessun caso comportare una compartecipazione a carico del FNA superiore ai massimali giornalieri stabiliti nella tabella allegata.

SEZIONE III - ACCESSO AI PERCORSI DI VALUTAZIONE DI NON AUTOSUFFICIENZA

ART. 11 - RETE DI ACCESSO AI SERVIZI

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

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

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

Il sistema dell'accesso è costituito dalla rete di front-office rappresentato dagli sportelli Punti insieme, dal Segretariato sociale e dal Punto Unico di Accesso (PUA) che costituisce anche un back-office con funzioni di coordinamento.

11.1 PUNTI INSIEME e Punto Unico di Accesso (PUA)

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" e la Deliberazione della Giunta Regionale del 19 Dicembre 2022, n° 1508, integrati con la LRT 66/2008, DGRT n. 1449/2017 e DGRT 1642/2019, rappresentano i riferimenti normativi attualmente in vigore.

Il **Punto Unico di Accesso** (di seguito **PUA**) della SdS Fiorentina Sud Est attua un modello organizzativo finalizzato al benessere della persona, che risponde ai bisogni dell'individuo e si fonda su un approccio multiprofessionale e integrato ai problemi della persona, rappresenta la porta di accesso ai servizi, alle prestazioni integrate e alla rete socio-sanitaria del territorio; si occupa di accoglienza e di orientamento in raccordo con il Segretariato Sociale, i Punti Insieme e i servizi socio sanitari della zona Fiorentina Sud Est.

La rete costituita dal PUA e dalle sue articolazioni di prossimità rappresentate nei Punti Insieme è finalizzata, pertanto, ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi per coloro che richiedono interventi di natura socio-sanitaria, ed è quindi rivolto in particolare a:

- Promuovere, agevolare e semplificare il primo accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, favorendo l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, in un'ottica di team multi professionale;
- Orientare ed informare le persone e le famiglie sui percorsi e sui diritti alle prestazioni sociali e socio-sanitarie in una logica di continuità assistenziale garantendo il passaggio e la fruizione delle informazioni sulle modalità di accesso ai servizi;
- Assicurare e rafforzare l'integrazione tra il sistema dei servizi sociali e il sistema socio-sanitario garantendo sia il livello dell'accesso che la successiva presa in carico multidisciplinare integrata con l'UVM, I
- Garantire il raccordo con i percorsi amministrativi e l'integrazione con le reti della comunità locale;
- Promuovere la semplificazione, l'uniformità, la diffusione e l'applicazione delle procedure.
- Segnalare le criticità rilevate sulle condizioni socio-sanitarie dei cittadini così da favorire l'individuazione precoce dei bisogni socio-sanitari complessi e relativa attivazione della risposta di rete al fine di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione e/o facilitare il rientro a domicilio.

Il modello organizzativo avanzato del PUA è costituito da un servizio centrale presso la SdS Fiorentina Sud Est sede del team multi-professionale integrato e prevede l'implementazione progressiva di una rete di livelli decentrati di PUA presso le Case della

Comunità dislocate nel territorio zonale. Tale rete di prossimità avrà lo scopo di avvicinare il servizio alle persone facilitando il contatto diretto con il cittadino e con i servizi presenti nella Casa di Comunità, semplificando l'attivazione del processo di risposta anche in raccordo con gli altri punti di accesso, ad esempio i Punti Insieme.

I **Punti Insieme** costituiscono i presidi per l'accesso al sistema integrato territoriale. I Punti Insieme devono garantire:

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

Il Punto Insieme rappresenta una delle porte di accesso al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza e la disabilità, e si caratterizza per la sua elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella sua strutturazione.

Il Punto Insieme è un servizio istituzionale collegato funzionalmente con la rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari territoriali, rappresenta un'articolazione del PUA e costituisce uno dei livelli base di cittadinanza sociale che si deve garantire sull'intero territorio, facilita un accesso unificato alle prestazioni e ai servizi previsti dal fondo non autosufficienza, eliminando e semplificando i passaggi che la persona stessa e i suoi familiari devono compiere.

La sede del Punto Insieme deve essere accessibile e riconoscibile con apposita segnaletica, con orari definiti al pubblico.

11.2 CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT), individuata dalle delibere regionali GRT 1508/22 e 495/24 come "struttura deputata al coordinamento della presa in carico unitaria socio-sanitaria della persona e all'organizzazione del raccordo tra servizi e professionisti che operano nei vari setting assistenziali territoriali, anche tramite l'attivazione delle risorse necessarie e disponibili sul territorio in risposta ai bisogni espressi dai cittadini", ha l'obiettivo della COT di assicurare coordinamento, continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale.

Il modello di COT sopradescritto assorbe, integra e amplia le funzioni e le competenze delle Agenzie di Continuità Ospedale Territorio, già strutturate nella nostra Regione a livello aziendale e di zona distretto/SdS dal 2016 (DGRT n. 679/2016 e DGRT n. 995/2018).

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un nuovo modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico unitaria socio-sanitaria della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: dalle attività territoriali alle strutture sanitarie e sociosanitarie, fino agli ospedali, interagendo con la rete dell'emergenza-urgenza e con il 116117. Questo approccio mira a ottimizzare la risposta ai bisogni complessi dei cittadini e a migliorare complessivamente l'assistenza sanitaria e sociale sul territorio, tramite una migliore integrazione sociosanitaria.

In Regione Toscana in attuazione al DM 77/22 e delle DDGGRR 1508/22 e 495/24 le COT sono articolate su un doppio livello: COT Zonali e COT Aziendale. La COT zonale fa capo alla Zona Distretto/Società della Salute. Organizza e coordina la transizione delle persone residenti nella Zona Distretto tra i diversi setting assistenziali e i diversi livelli organizzativi del sistema sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale, gestendo i movimenti di ingresso e uscita Territorio-Ospedale, Ospedale-Territorio, Territorio-Territorio. Essa è strettamente interconnessa con la COT Aziendale, assicurando un flusso continuo di informazioni e coordinamento tra setting dei livelli territoriali e aziendali.

Il DM 77/22 prevede la presenza di “1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore”. Nella Zona Fiorentina sud-est che ha una popolazione di 183.169 (dati 2023), ci sono 2 moduli COT che formano la COT zonale, collocata attualmente presso la Palazzina OSMA, Via dell’Antella 58, nel Comune di Bagno a Ripoli.

COT è un servizio aperto e dedicato ai professionisti e non è previsto l’accesso diretto del cittadino. Il 116117 rappresenta la porta di accesso a COT da parte del cittadino, qualora la segnalazione non sia mediata dai servizi SSR.

ART. 12 -PROCEDURE DI ACCESSO ALLA VALUTAZIONE DI 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/PUA che accoglie la richiesta di valutazione del bisogno e fornisce al cittadino la modulistica riassuntiva del percorso. (Allegato 8)

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 della persona per la 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.

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 convoca la seduta dell’Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) entro 30 giorni dal ricevimento dell’istanza.

Possono essere previste valutazioni da effettuare in via d’urgenza coerentemente con quanto previsto dalla procedura aziendale PS.DSS.08 “Valutazione multidimensionale nei percorsi della persona anziana non autosufficiente: individuazione dei criteri di deroga e urgenza “.

ART. 13 –FUNZIONAMENTO DELL'UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE (UVM)

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) è composta da:

- un medico di distretto;
- un assistente sociale;
- un infermiere;
- un soggetto appartenente al ruolo amministrativo

L'UVM di volta in volta può essere integrata da:

- assistente sociale/case manager;
- 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, attraverso il case manager
- 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 66/2008 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.

Art.14 - Il PAP (Progetto Assistenziale Personalizzato)

Il PAP, Progetto assistenziale Personalizzato, definisce in modo coordinato, gli interventi e le prestazioni assistenziali valutati appropriati in base al bisogno emergente.

La definizione del progetto necessita della presa in carico del cittadino da parte del Servizio Sociale Professionale e, si realizza attraverso:

- a) l'analisi della situazione multidimensionale della persona: i bisogni, le risorse potenziali e presenti, il contesto familiare, amicale, la rete del privato sociale, eventuali servizi pubblici già in atto. L'analisi preliminare è svolta dall'equipe multidimensionale territoriale sociosanitaria.
- b) la condivisione della valutazione e della proposta degli interventi e prestazioni con la persona e la famiglia al fine di predisporre un Progetto Personalizzato in sede di Commissione UVM. Il progetto assistenziale personalizzato è coerente con l'analisi dei bisogni effettuata e ne definisce gli obiettivi e le azioni da intraprendere per il loro raggiungimento. Il progetto si realizza attraverso la messa in rete delle risorse della persona, della famiglia, del contesto sociale di appartenenza, dei servizi pubblici e del privato sociale;
- c) la verifica periodica del Progetto e dei risultati conseguiti, degli impegni assunti dal cittadino e degli esiti degli interventi/servizi. Durante le verifiche del PAP, se emergono nuovi o ulteriori bisogni, è necessario rivedere il progetto con il soggetto beneficiario o suo rappresentante legale.

Il PAP, firmato dai componenti della commissione UVM, 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 dall'interessato/familiare di riferimento o rappresentante legale e riconsegnato entro massimo 60 giorni dalla sua data di definizione all'Assistente Sociale referente che provvederà ad inviarlo tempestivamente al PUA. Il cittadino può rivolgersi all'Assistente Sociale referente per il progetto qualora necessiti di ulteriori chiarimenti.

Se entro massimo 60 giorni, dalla data di definizione del PAP, il cittadino non avrà riconsegnato il documento firmato, il progetto si intenderà rifiutato ed il percorso verrà chiuso, salvo casi motivati dal case manager e dai componenti dell'uvvm.

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, salvo situazioni motivate dal case manager; l'attivazione del progetto sarà subordinata allo scorrimento delle graduatorie.

Ogni venti (20) del mese si chiudono le liste di priorità.

Al fine di garantire adeguata trasparenza, le liste di priorità sono inviate mensilmente alle assistenti sociali competenti per area professionale e pubblicate sul sito istituzionale della SDS FIORENTINA SUD EST con codice anonimizzato che l'interessato trova riportato nel proprio PAP

Nel caso in cui il PAP non sia condiviso dal cittadino, lo stesso potrà rivolgersi all'Assistente Sociale di riferimento per valutare un accordo progettuale (esempio monetizzazione) o, in ultima analisi, per chiedere un incontro con la Commissione UVM che ha elaborato il PAP (Allegato 10- Modulo di richiesta incontro commissione UVM). In questo caso il cittadino può comunque firmare il PAP per consentire intanto l'inserimento in lista di priorità della prestazione disposta, senza che questo pregiudichi o condizioni i successivi passaggi in sede di colloquio con la Commissione UVM.

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; la persona viene quindi tolta dalla lista di attesa

Dalla comunicazione di attivabilità della prestazione, da parte del case manager, il cittadino avrà 30 giorni di tempo per produrre la documentazione necessaria ad attivare l'intervento previsto, eventuali ritardi dovranno essere motivati.

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, 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 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 giustifichino 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 di valutazione.

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".

L'attuazione del Progetto Personalizzato è, in ogni caso, subordinata alla disponibilità delle necessarie risorse e può prevedere la definizione di liste di attesa secondo le modalità di dettaglio individuate negli allegati al presente regolamento.

Art. 15 – INCOMPATIBILITA' CON ALTRI INTERVENTI

Prestazioni erogate dal Fondo Non autosufficienza (FNA) sono incompatibili con eventuali altre prestazioni previste da finanziamenti specifici ed erogate con la medesima finalità. 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 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.

SEZIONE IV - DISPOSIZIONI FINALI

ART. 16-FORME E STRUMENTI DI TUTELA DEI CITTADINI

16.1– Informazione

Ogni cittadino, destinatario degli interventi e dei servizi afferenti alle attività della Società della Salute, è informato sui diritti di cittadinanza sociale, sulla disponibilità degli interventi sociali e sociosanitari, sui requisiti e procedure per accedervi, sulle modalità di erogazione degli interventi nonché sulle possibilità di scelta tra gli interventi stessi. Inoltre deve essere garantita informazione circa le procedure da attivare per l'espressione di reclami e dei ricorsi.

16.2– Reclami

Avverso atti o comportamenti che abbiano negato o limitato l'accesso agli interventi e/o per qualsiasi violazione o inadempienza che riguardi l'utilizzo di servizi e interventi di cui al presente Regolamento, è possibile esprimere reclami. La segnalazione deve essere presentata per scritto al Direttore SdS che risponderà nei tempi e modi previsti dalle norme di legge.

16.3– Ricorsi

Il cittadino può, inoltre, presentare ricorso. L'iter procedurale è quello previsto dalle norme di legge che regolamentano le procedure relative al contenzioso amministrativo.

16.5– Trattamento e protezione dei dati personali

La SdS garantisce il pieno rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati personali di cui al Reg. UE 2016/679 (GDPR), al D.Lgs 196/2003 ss.mm nonché di tutti i provvedimenti adottati dal Garante per la protezione dei dati personali e delle linee guida rilevanti in materia.

Qualunque informazione relativa alle persone fisiche di cui la SdS venga a conoscenza in ragione dell'applicazione del presente regolamento sarà trattata nel rispetto scrupoloso di quanto previsto dai provvedimenti citati nel precedente capoverso.

La SdS, nell'ambito delle attività previste nel presente regolamento, qualora si rendesse necessario per l'esecuzione dei propri compiti istituzionali ovvero per assicurare la richiesta di interventi sociali, disciplina la comunicazione dei dati personali ad altri organismi pubblici, o a soggetti privati ove specificamente previsto, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti o, in assenza, richiedendo specifico consenso all'interessato.

ART. 17 - NORMA DI RINVIO

Per quanto non disciplinato nell'ambito del presente Regolamento si fa riferimento alle norme comunitarie, alla normativa ed agli atti di indirizzo e programmazione nazionali e regionali in vigore, nonché ad eventuali altri atti in materia.

ART. 18 - ENTRATA IN VIGORE

Il presente Regolamento entra in vigore con l'esecutività della Delibera di Assemblee dei Soci sdS n° -__ del____. Al medesimo vengono assicurate le forme di pubblicità previste dalla Legge, al fine di garantirne la generale conoscenza e/o conoscibilità.