

INDICAZIONI PER LA PREDISPOSIZIONE DEI REGOLAMENTI DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI PER L'AREA DELLA NON AUTOSUFFICIENZA E DELLA DISABILITA'

Premessa

In Toscana è in atto, dal 2014, la riforma dei sistemi sanitario, sociosanitario e sociale definita attraverso vari interventi legislativi che si sono susseguiti fino al 2017.

Con un iter legislativo iniziato nel 2014 è stata riordinata la normativa del settore sociosanitario rendendola completamente compatibile con l'esercizio delle funzioni fondamentali comunali, al fine di strutturare un sistema compiuto per l'integrazione su base zonale attraverso il consorzio Società della Salute o la Convenzione Sociosanitaria.

La zona-distretto di fatto costituisce

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

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

Alla luce di quanto sopra, i percorsi integrati socio sanitari si realizzano attraverso procedure unitarie e condivise tra ASL e Comuni associati, per l'accesso, la valutazione e la presa in carico dei soggetti richiedenti prestazioni socio sanitarie. Nel regolamento per l'accesso ai servizi dovranno essere delineate le procedure operative per l'attuazione del percorso integrato e per l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie .

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

Le materie oggetto di programmazione sono state definite sia in relazione al nuovo ruolo giocato dalle zone-distretto all'interno delle tre aziende sanitarie, sia in relazione alla definizione della stessa zona-distretto come l'ambito ottimale in cui viene sviluppata e coordinata la programmazione relativa alla funzione fondamentale sociale di competenza comunale. La programmazione è stata articolata in cinque aree:

- Sanità territoriale
- Sociosanitario
- Socioassistenziale

- Promozione della salute
- Azioni di contrasto alla violenza di genere.

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

La successiva DGR n. 269/2019 'Governance delle reti territoriali', è destinata poi ad influenzare ulteriormente questo processo, fornendo delle indicazioni molto precise rispetto al ruolo e alle competenze dell'Ufficio di Piano e rispetto al budget integrato di zona, modalità condivisa ed omogenea per la rappresentazione delle risorse del SSR che le Aziende sanitarie e la Regione impegnano a vario titolo sul livello zonale, che utilizza come riferimento il linguaggio della programmazione definito dal relativo nomenclatore. Proprio il tema della ricostruzione dei budget integrati di zona resta una delle piste di lavoro maggiormente sfidanti per gli Uffici di Piano, che nella programmazione 2019 hanno fatto emergere un miglioramento rispetto alla ricostruzione delle fonti di finanziamento e all'assegnazione delle risorse, soprattutto, per l'area socio-sanitaria.

Pensare la programmazione territoriale in termini di integrazione (delle politiche, degli attori, del territorio) significa dotarsi anche di strumenti normativi adeguati, di strumenti che esplicitino una condivisione di intenti, finalità e percorsi. La proposta di realizzazione di un Regolamento omogeneo a livello regionale dei servizi socio-sanitari parte proprio dalla necessità di offrire al territorio la possibilità di attrezzarsi in modo coerente per tradurre la programmazione integrata in una reale politica integrata dei servizi.

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

In attuazione alla suddetta previsione, il presente documento contiene le Linee di indirizzo per la predisposizione dei regolamenti zionali per l'accesso ai servizi sociosanitari integrati - con particolare riferimento all'area della non autosufficienza e della disabilità - delle Società della Salute/Zone Distretto della Toscana, al fine di garantire omogeneità, coerenza ed equità ai cittadini, salvaguardando allo stesso tempo le specificità territoriali e le diverse esigenze organizzative.

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

Le specificità dei singoli percorsi sono poi stabilite da previsioni successive, con velocità e stati di attuazione diversificati:

- il "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" approvato con DGR 370 del 22/03/2010, che ha trovato attuazione nei singoli ambiti territoriali attraverso specifici regolamenti zionali sui quali è necessario intervenire con un'opera di revisione e omogeneizzazione, al fine di garantire l'equità della presa in carico delle persone anziane

non autosufficienti, salvaguardando le specificità e le esigenze dei singoli contesti territoriali ma mantenendo un nucleo di regole e di criteri trasversali garantiti su tutto il territorio regionale;

- il “Percorso di attuazione del modello regionale di Presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di vita” approvato con DGR 1449 del 19/12/2017 e “Il modello regionale del percorso di presa in carico della persona con disabilità. Approvazione documento in attuazione della DGR 1449/2017” approvato con DGR 1642 del 23/12/2019, sul quale stanno ultimando il lavoro i gruppi regionali dedicati.

Principi e valori di riferimento

L'integrazione socio-sanitaria

Il sistema integrato:

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

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

La Regione e gli enti locali, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo che il volontariato, gli organismi della cooperazione sociale, le associazioni e gli altri soggetti privati senza scopo di lucro, operanti nel settore, svolgono nell'organizzazione e nella gestione del sistema integrato.

Al perseguimento delle finalità del sistema integrato concorrono anche altri soggetti pubblici o privati.

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

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

- j) il miglioramento della qualità, della quantità e dell'appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone disabili e anziane, nonché la prevenzione delle situazioni di fragilità e di non autosufficienza

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

Per il raggiungimento di questi obiettivi, sono definiti specifici percorsi assistenziali che prevedono prestazioni di natura sanitaria, erogate da operatori sanitari e sociosanitari per la cura e la riabilitazione di condizioni patologiche, e prestazioni di natura socio assistenziale per sostenere nella vita quotidiana la persona con problemi di disabilità, di disagio economico o di emarginazione che condizionano lo stato di salute. Tra queste ultime, l'aiuto nella igiene personale e dell'ambiente, nella gestione della casa, nella preparazione dei pasti, ecc.

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

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

	rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente. Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza.	funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza.
--	--	--

I Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitari

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

Per il raggiungimento di questi obiettivi, sono definiti specifici percorsi assistenziali che prevedono prestazioni di natura sanitaria, erogate da operatori sanitari e socio-sanitari per la cura e la riabilitazione di condizioni patologiche, e prestazioni di natura socio assistenziale per aiutare nella vita quotidiana la persona con problemi di disabilità, di disagio economico o di emarginazione che condizionano lo stato di salute. Tra queste ultime, l'aiuto nell'igiene personale e dell'ambiente, nella gestione della casa, nella preparazione dei pasti, ecc.

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

Le categorie di cittadini sono:

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

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

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

Per ogni specifico regime assistenziale di cura (domiciliare, semiresidenziale o residenziale) il DPCM riporta le quote di compartecipazione a carico del Comune o dell'assistito.

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

Percorsi assistenziali integrati

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

Il percorso assistenziale integrato deve prevedere la presa in carico del paziente da parte di una équipe multidisciplinare composta di vari professionisti:

- il medico di medicina generale (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS) in qualità di coordinatore dell'attività clinica
- la rete degli operatori della ASL (medici specialisti, infermieri, terapisti della riabilitazione, altre figure sanitarie e sociosanitarie professionali)
- gli operatori del Comune (assistente sociale, operatore socioassistenziale, assistente familiare).

Il percorso assistenziale integrato si deve articolare nelle seguenti fasi:

- l'accesso unitario ai servizi sanitari (ASL) e sociali (Comuni), con sportelli o servizi dedicati ai quali rivolgersi per presentare la propria richiesta di assistenza e avere le specifiche informazioni sulle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociali;
- la valutazione multidimensionale della persona, vale a dire l'individuazione dei suoi bisogni, sotto il profilo clinico (bisogni sanitari), funzionale (bisogni di autonomia) e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici) è effettuata dalla unità di valutazione multidimensionale, con l'applicazione di strumenti e scale standardizzate e uniformi;
- la presa in carico, con il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari (MMG, PLS, ecc.) e sociali; a seguito della valutazione, viene definito il Progetto di assistenza nel quale sono indicati i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona, gli obiettivi di cura e il trattamento sanitario più indicato, tenendo in considerazione anche il supporto alla famiglia;
- l'esecuzione dei trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali al domicilio, in strutture residenziali o in strutture semiresidenziali, con diversi livelli di intensità di cura e di assistenza, sulla base dello stadio della patologia e degli specifici bisogni del paziente.

L'integrazione tra gli interventi sanitari e gli interventi sociali deve essere garantita per tutte le tipologie di pazienti e in tutte le forme di assistenza indicati negli articoli del DPCM relativi all'assistenza sociosanitaria.

Il modello toscano di integrazione socio-sanitaria

Il modello toscano prevede che l'integrazione socio-sanitaria venga garantita attraverso due modelli organizzativi obbligatori e alternativi tra loro: la Società della Salute (artt. 71 bis ss l.r. 40/2005 ss.mm. ii.) o la Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione socio sanitaria (art. 70 bis l.r. 40/2005 ss.mm. ii.), con i quali si intende assicurare ai cittadini un percorso assistenziale integrato a livello zonale che include, se necessario, sia le prestazioni sanitarie sia le prestazioni sociali.

Le Società della Salute, o le Zone Distretto attraverso la Convenzione socio-sanitaria, rivestono un ruolo centrale nell'organizzazione e nella gestione delle attività sociosanitarie, sono destinatarie

dirette delle risorse e hanno la responsabilità dell'attuazione dei percorsi assistenziali, che coinvolgono sia i dipartimenti aziendali secondo una modalità a matrice (DGRT 269/2019) che, in alcuni casi, gli enti locali (Comuni e Unioni dei Comuni).

Gli elementi caratterizzanti del sistema toscano sono:

1. L'informazione e l'accoglienza presso sportelli dedicati (Punti Insieme), che costituiscono la porta di accesso al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza e si caratterizzano per la loro elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella strutturazione. I Punti Insieme, la cui articolazione organizzativa viene definita a livello di singola zona-distretto, devono garantire l'accoglienza e la raccolta della segnalazione del bisogno, l'orientamento e l'informazione del cittadino, nonché l'avvio delle procedure relative alla presa in carico;

2. La valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno da parte di un'equipe di professionisti che fornisca indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni socio sanitarie appropriate. L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM-UVMD) è il livello funzionale e operativo del sistema di presa in carico, in quanto verifica la condizione di bisogno, ne individua il livello di gravità e definisce il Progetto di Assistenza Personalizzato/Progetto di vita, condividendo con la persona non autosufficiente/con disabilità e la sua famiglia le risposte più appropriate.

3. La realizzazione di un Progetto Assistenziale Personalizzato/Progetto di vita da parte dell'equipe che fornisca una risposta appropriata al bisogno accertato. E' prevista una consultazione periodica e integrata dell'utente, allo scopo di una eventuale revisione del progetto, nella certezza che il servizio debba sempre corrispondere al bisogno per ragioni di appropriatezza e di sostenibilità.

Associazionismo e terzo settore

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

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

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

Disposizioni generali e di sistema

Oggetto del regolamento

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

Attraverso il regolamento si perseguono le seguenti finalità:

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

Fatto salvo il principio dell’accesso universalistico alle prestazioni appropriate indicate nei Piani di Assistenza Personalizzati di tutte le persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza sono previste forme di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni, non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria, e/o contributi differenziati secondo livelli di reddito e patrimoniali definiti dalla Regione Toscana con la Legge Regionale n. 66/2008, dalla Delibera G.R.T. n. 370/2010, dal DPCM 5 dicembre 2013 n. 159 e secondo il sistema di contribuzione definito nel presente Regolamento.

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

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

Disposizioni sui contenuti dei Regolamenti zonali

Informazione e promozione dei percorsi

Il regolamento prevede l’informazione e la conoscenza diffusa dei diritti di cittadinanza sociale, delle disponibilità delle prestazioni socio-sanitarie, dei requisiti per accedere, delle modalità di erogazione delle stesse, nonché della possibilità di scelta.

I cittadini hanno diritto:

- ad essere informati sui propri diritti in rapporto ai servizi di assistenza sociale e socio-sanitaria;
- ad esprimere il consenso sul tipo di prestazione, salvo i casi previsti dalla legge;

- a partecipare alla scelta delle prestazioni, percorsi e interventi, compatibilmente con le disponibilità esistenti nell'ambito territoriale;
- ad essere garantiti nella riservatezza e nella facoltà di presentare osservazioni ed opposizioni nei confronti dei responsabili dei servizi e dei procedimenti nonché ad ottenere le debite risposte motivate;
- alla semplificazione delle procedure mediante l'uso di dichiarazioni sostitutive di certificazione ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000 e successive modifiche e integrazioni.

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

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

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

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

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

- Punti Insieme;
- Segretariato sociale;
- "Carta dei Servizi";
- Incontri organizzati;
- Sito internet istituzionale;
- Piano di comunicazione.

Nell'ottica del sistema sociosanitario integrato della Regione Toscana il sistema unico di accesso, previsto dal DPCM 2017 e dalla L.R. 66/2008, si coordina con la rete delle strutture pubbliche informative e di prossimità (URP, Botteghe della salute, PAAS ecc.) e gli sportelli dell'associazionismo e del Terzo settore che possono fornire direttamente informazioni agli interessati e indirizzare la persona agli sportelli di accesso diretto del sistema dei servizi, al fine di rendere maggiormente omogenea la rete degli sportelli che offrono servizi alla cittadinanza e uniformare le procedure e le modalità di accesso .

Il regolamento disciplina la rete dell'accesso e il collegamento con i servizi di prossimità attivati sul territorio.

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

- a) su richiesta diretta dell'interessato;

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

La richiesta viene formalizzata mediante la compilazione di appositi moduli.

La rete dell'accesso

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

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

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

I regolamenti zonali descrivono criteri, procedure e modalità di accesso alle prestazioni socio-sanitarie sulla base di quanto disposto dalla L.R. 66/2008, in particolare dagli artt. 9, 10, 11, 12 e 13 e dettagliato nelle DGR n. 370/2010, 1449/2017 e 1642/2019.

Punto Unico di Accesso (PUA)

In attuazione della legge regionale 66/2008 già richiamata, la Giunta Regionale con la delibera n. 370 del 22 marzo 2010 ha approvato il "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente", definendo un sistema per l'accesso della persona non autosufficiente anziana al percorso di presa in carico da parte dei servizi sociosanitari. Il sistema dell'accesso è costituito dalla rete di front-office, gli sportelli Puntosinsieme e il Segretariato sociale, e da un back-office con funzioni di coordinamento, il Punto Unico di Accesso (PUA), uno per ciascuna zona-distretto.

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

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

La delibera della Giunta Regionale n. 1449 del 19 dicembre 2017 ha definito la cornice del lavoro finalizzato a completare quanto previsto con la legge regionale 66/2008, in merito al percorso di presa in carico della persona non autosufficiente che, relativamente all'area della disabilità, non era stato declinato in un percorso specifico e omogeneo a livello regionale.

Di fatto, il percorso di presa in carico per poter funzionare al meglio ha necessità che l'organizzazione abbia un'adeguata strumentazione e sia in grado di assicurare la massima fluidità possibile nei diversi passaggi di fase. Ciò è possibile se le diverse fasi sono "assistite", dal punto di vista organizzativo, da processi trasversali, il cui attore principale è il Punto Unico di Accesso (PUA). Il PUA rappresenta nella sostanza il back-office unitario delle fasi del percorso assistenziale, assicura il coordinamento tra i servizi e gli operatori e sostiene il processo di progettazione con la definizione delle risorse finanziarie necessarie nei limiti delle disponibilità del bilancio di zona.

ACOT – Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'Agenzia di continuità H-T delle Aziende Ospedaliere si raccorda con le Agenzie Continuità delle Zone/distretto di residenza del paziente per la gestione delle dimissioni complesse.

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

L'equipe dell'Agenzia è multiprofessionale ed è costituita da: Medico di comunità, Infermiere, Assistente sociale, Fisioterapista . Si avvale della consulenza strutturata di specialista Fisiatra o Geriatra. È coordinata/diretta da un responsabile, nominato dal Direttore della zona/distretto, che ha la responsabilità nell'attivazione delle risorse, nella valutazione e monitoraggio dei risultati e nell'attivazione delle azioni di miglioramento del sistema.

Con DGR n. 995/2018 è stata perfezionata la modulistica per la valutazione multidimensionale del paziente con dimissione complessa, che costituisce garanzia di modalità valutative omogenee dei pazienti sul territorio regionale.

La 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 della compartecipazione ai costi da parte degli utenti in coerenza con la programmazione regionale e zonale, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

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

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

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

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

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

Priorità d'accesso – Liste di attesa AREA NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Infine è necessario precisare che, come previsto dall'art. 12 della L.R. 66/2008, comma 3, “Nel caso di impossibilità di attivare le prestazioni assistenziali previste nel PAP entro il termine di cui all'articolo 11, comma 5, lettera e), la UVM assicura prestazioni di pari efficacia condivise con la famiglia e fissa entro novanta giorni il tempo massimo per attivare le prestazioni previste nel PAP”; nel caso di PAP residenziale deve essere mantenuto il diritto alla permanenza in lista di attesa per il ricovero definitivo anche a fronte di erogazione di prestazione alternativa.

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

SCHEMA INDICE REGOLAMENTO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI – AREA NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ (contenuti minimi essenziali)

RIFERIMENTI NORMATIVI

PREMESSA

CRITERI GENERALI

PRINCIPI ED OBIETTIVI – FINALITÀ E CAMPO DI APPLICAZIONE

Norme generali

Principi e valori ispiratori

Livelli di Assistenza

Ambito territoriale

Oggetto del regolamento

Priorità d'accesso – Liste di attesa

Integrazione delle politiche per la salute

Diritto all'informazione e procedure di accesso

Compartecipazione al costo dei servizi

CRITERI DI ACCESSO

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

Punti Insieme/Servizio Sociale

Punto Unico di Accesso (PUA)

ACOT

Criterio di valutazione economica

Associazionismo e cooperazione sociale

Tutela dei soggetti deboli

Accesso ai documenti amministrativi

Interruzioni/variazioni delle prestazioni

SETTORI DI INTERVENTO E TIPOLOGIE DI SERVIZI

Settori di intervento

Titolarità degli interventi

Tipologia dei servizi

AREE DI INTERVENTO

NON AUTOSUFFICIENZA AREA ANZIANI

Soggetti/Destinatari

Finalità

Prestazioni

DISABILITÀ

Soggetti/Destinatari

Finalità

Prestazioni

DISPOSIZIONI FINALI

Sistema informativo degli assistiti e delle prestazioni

Deroghe

Ricorsi e reclami

Tutela e trattamento dei dati personali

Tipologia dei controlli

Modalità di svolgimento dei controlli

Adempimenti conseguenti all'attività dei controlli

Norme transitorie

Entrata in vigore

Eventuali Allegati:

Allegato: Parametri Economici di riferimento per l'accesso alle prestazioni

Allegato: Compartecipazione ai servizi e liste di priorità

Allegato: Modulistica

ecc.

Riferimenti normativi

D.Lgs. 502/1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e ss.mm.ii.

Legge 328/2000 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”;

Legge 9 gennaio 2004, n. 6 “Introduzione nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all’istituzione dell’amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché relative norme di attuazione, di coordinamento e finali”;

DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”;

DPCM LEA del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del D.Lgs. 502/1992”, di aggiornamento del precedente DPCM 29 novembre 2001

Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40, e ss.mm.ii. (Disciplina del servizio sanitario regionale);

Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 41, e ss.mm.ii. (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale);

Legge Regionale 18 dicembre 2008, n. 66, e ss.mm.ii. (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza);

Legge Regionale 4 marzo 2020, n. 18 “Disposizioni per la promozione della figura dell'amministratore di sostegno di cui alla Legge 9 gennaio 2004, n. 6”;

Legge regionale 22 luglio 2020, n. 65 (Norme di sostegno e promozione degli enti del Terzo settore toscano);

Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (PSSIR), adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 73 del 9 ottobre 2019;

Decreto del Presidente della Giunta regionale 9 gennaio 2018, n. 2/R *Regolamento di attuazione dell'articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)*

Decreto del Presidente della Giunta regionale 11 agosto 2020, n. 86/R *Regolamento di attuazione della l.r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato) in materia di requisiti e procedure di accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato*

DGR n. 573 del 29/05/2017 “Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale”;

DGR n. 1076 dell'01/10/2018 “Indicazioni per la programmazione operativa annuale 2019 Sds/zone distretto”;

DGR n. 269 del 04/03/2019 “Governance delle Reti territoriali”;

DGR n. 1339 del 04/11/2019 “Integrazione alla DGRT 573/2017 Linee guida del piano integrato di salute (PIS) e del piano di inclusione zonale (PIZ), adeguamento al nuovo PSSIR 2018-2020”;

DGR n. 273 del 02/03/2020 “Determinazioni in merito alle azioni per l’attuazione del PSSIR 2018-2020”;

DGR n. 385 del 23/03/2020 “DGR 1339/2019 - Proroga termine per approvazione da parte di società della salute e zone distretto del Piano integrato di salute, Piano di inclusione zonale, Profilo di salute e Programma operativo annuale”

DGR n. 843 del 02/08/2021 “Percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente: revisione del modello attuale al fine del miglioramento qualitativo, dell’appropriatezza e della costituzione di un sistema integrato multilivello. Attivazione di un Tavolo Tecnico di confronto”

Area Non Autosufficienza:

DPCM 21 novembre 2019 Piano nazionale per la non autosufficienza 2019-2021;

DGR n. 370 del 22 marzo 2010 (Approvazione del "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente");

Decreto Dirigenziale 25 marzo 2010, n. 1354 (DGRT n. 370/2010: approvazione delle nuove procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, in sostituzione delle procedure valutative approvate con Deliberazione di Consiglio Regionale n. 214 del 02/07/1991);

Decreto Dirigenziale 16 aprile 2010, n. 1759 (Decreto n. 1354 del 25 marzo 2010. Modifica Allegato A);

Decreto Dirigenziale 21 maggio 2012, n. 2259 (Approvazione nuove schede di valutazione sociale e infermieristica, in sostituzione delle medesime schede approvate con decreto dirigenziale n. 1354/2010 e s.m.i.);

DGR n. 995 dell’ 11 ottobre 2016 “*Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015*”;

DGR n. 618 del 18/05/2020 “Approvazione, ai sensi dell’articolo 1, comma 3, del DPCM 21 novembre 2019, del Piano regionale per la non autosufficienza – triennio 2019-2021”

Area Disabilità:

Legge n. 104/1992 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”;

Legge n. 112/2016 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”;

Decreto Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994 “Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali in materia di alunni portatori di handicap”;

Legge n. 18/2009 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità”;

Primo Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica del 4 ottobre 2013

Secondo Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l’integrazione delle persone con disabilità, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica del 12 ottobre 2017;

Decreto attuativo interministeriale “Dopo di Noi” del 23/11/2016 che fissa i requisiti per l'accesso alle prestazioni a carico dell'apposito Fondo istituito dalla Legge 112/2016 e stabilisce la ripartizione tra le Regioni delle risorse per l'anno 2016;

Decreto legislativo n. 66/2017 “*Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107*” e ss.mm.ii.,

Legge Regionale n. 60/2017 “Disposizioni; generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità”;

Programma Regionale di Sviluppo (PRS) 2016-2020 approvato con risoluzione del Consiglio Regionale n. 47 del 15 marzo 2017;

DGR n. 1329 del 19/12/2015 "Approvazione nuovo Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di Vita Indipendente" (modificata con DGR 1472 del 17/12/2018);

DGR n. 664 del 19/06/2017 "Approvazione nuove Linee di indirizzo per l'utilizzo del FNA destinato alle disabilità gravissime e assegnazione risorse" (modificata con DGR 1289 del 21/10/2019);

DGR n. 1449 del 19/12/2017 "*Percorso di attuazione del modello regionale di Presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di vita*";

DGR n. 1339 del 03/12/2018 "Presa in carico delle persone con disordine dello sviluppo intellettivo di origine genetica: linee di indirizzo clinico organizzative – Approvazione";

DGR n. 1642 del 23/12/2019 "Il modello regionale del percorso di presa in carico della persona con disabilità. Approvazione documento in attuazione della DGR 1449/2017";

DGR n. 814 del 29/06/2020 Piano per la Non Autosufficienza 2019-2021: Linee di indirizzo regionali per la presentazione dei progetti di vita indipendente. Approvazione documento e prenotazione risorse. (modificata con DGR n. 1178 del 25/08/2020);

DGR n. 1055 dell'11/10/2021 "Il modello regionale del Percorso di presa in carico della persona con disabilità: approvazione strumenti, procedure e metodologie, in attuazione della DGR 1449/2017".