

REGOLAMENTO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI AREA NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ

approvato dalla Giunta Esecutiva del 30/08/2023 Delibera n.20

Indice

I PARTE GENERALE

- Riferimenti normativi
- Premessa
- Principi e obiettivi – Finalità e campo di applicazione
- Oggetto del regolamento
- La rete dell'accesso
- PUA – Punto Unico di Accesso
- ACOT – Agenzia di Continuità ospedale Territorio.

II NON AUTOSUFFICIENZA

- Destinatari
- La rete dell'Accesso
- PUA
- La valutazione multidimensionale:
 - composizione della UVM
 - funzioni della UVM
 - sede e operatività della UVM
 - gestione della fase istruttoria della valutazione
 - criteri per la valutazione delle situazioni di urgenza
- Il Progetto di assistenza personalizzato (PAP):
 - l'accomodamento ragionevole
 - il rinnovo del Progetto di assistenza personalizzato (PAP)
- Paniere dei servizi/interventi previsti
- Priorità di accesso – liste di attesa
- La compartecipazione
- Sistema informativo / debiti informativi.

III DISABILITA'

- Destinatari
- La rete dell'Accesso
- PUA
- La valutazione multidimensionale:
 - Composizione della UVMD
 - Funzioni componenti della UVMD
 - Funzioni dell'UVMD
 - Sede e operatività della UVMD

- Gestione della fase istruttoria della valutazione
- Il Progetto di vita:
 - partecipazione della personale
 - continuità della presa in carico: transizione minore-adulto, transizione adulto-anziano
- Integrazione Ospedale territorio
- Integrazione tra diversi territori
- Sistema informativo / debiti informativi

IV DISPOSIZIONI FINALI

- Norme transitorie
- Deroghe
- Ricorsi e Reclami
- Tutela del trattamento dei dati personali
- Tipologia e modalità di svolgimento dei controlli
- Adempimenti conseguenti all'attività dei controlli
- Entrata in vigore
- Allegati

RIFERIMENTI NORMATIVI

Costituiscono riferimenti normativi del regolamento:

- D.Lgs. 502/1992 ss.mm.ii.
- la legge 328/2000 "legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- DPCM "Atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione socio-sanitaria, a norma dell'Art. 2, comma 1, lettera n) della legge 30 novembre 1998, n. 419"
- 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 14 febbraio 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);
- Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (PSSIR), adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 73 del 9 ottobre 2019;
- DGR n. 273 del 02/03/2020 "Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del PSSIR 2018-2020";
- DGR n. 269/2019 "Governance delle Reti territoriali";
- DGR n. 573/2017 "Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale";
- DGR n. 1076/2018 "Indicazioni per la programmazione operativa annuale 2019 Sds/zone distretto";
- DGR n. 1339/2019 "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. 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"

- Legge Regionale 14 dicembre 2017, n. 75 *“Disposizioni in materia di partecipazione e di tutela dell’utenza nell’ambito del servizio sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40/2005”*
- Legge Regionale 18 dicembre 2008, n. 66, e ss.mm.ii. (Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza)
- 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*

Sulla Non Autosufficienza:

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

Sulla Disabilità:

- Legge n. 104/1992 *“Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”*;
- 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;
- 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. 664/2017 “Approvazione nuove Linee di indirizzo per l'utilizzo del FNA destinato alle disabilità gravissime e assegnazione risorse”
- DGR n. 1339/2018 “Preso in carico delle persone con disordine dello sviluppo intellettuale di origine genetica: linee di indirizzo clinico organizzative – Approvazione”.
- Legge n. 112/2016 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”;
- 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*”, che, nell'ambito della disciplina del percorso di inclusione scolastica, prevede la redazione del profilo di funzionamento da parte da una unità di valutazione multidisciplinare;
- DGR n. 1449/2017 “*Percorso di attuazione del modello regionale di Preso in carico della persona con disabilità: il Progetto di vita*”.
- 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. 1055 del 11/10/2021 “Il modello regionale del percorso di presa in carico della persona con disabilità: approvazione strumenti, procedure metodologiche in attuazione della DGR 1449 del 2017.

PREMESSA

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 zonali di accesso ai servizi socio-sanitari per arrivare a stabilire, a livello regionale, regole di fondo 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 Regolamento disciplina l'accesso ai servizi socio-sanitari integrati per quanto concerne l'area della non autosufficienza e della disabilità della Società della Salute/ZD Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Area Grossetana, al fine di garantire omogeneità, coerenza ed equità ai cittadini, salvaguardando allo stesso tempo le specificità territoriali e le diverse esigenze organizzative.

PRINCIPI E OBIETTIVI – FINALITA' E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente Regolamento di accesso ai servizi socio sanitari area non autosufficienza e disabilità, disciplina i percorsi per l'accesso, la valutazione e la presa in carico delle persone anziane non autosufficienti e per le persone con disabilità residenti nell'ambito territoriale di COeSO SdS/ Zona Distretto Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Area Grossetana che comprende i Comuni di: Arcidosso, Campagnatico, Castel del Piano, Castell'Azzara, Castiglione della Pescaia, Cinigiano, Civitella Paganico, Follonica, Gavorrano, Grosseto, Massa Marittima, Monte Rotondo Marittimo, Montieri, Roccalbegna, Roccastrada, Santa Fiora, Scansano, Scarlino, Seggiano, Semproniano.

OGGETTO DEL REGOLAMENTO

Il Regolamento 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 multi professionale 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'appropriate 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.

LA RETE DELL'ACCESSO

Il regolamento zonale disciplina il sistema unico di accesso per le persone non autosufficienti anziane e disabili, 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.

Punti insieme e Segretariato Sociale – accesso diretto del cittadino

I Punti Insieme e gli sportelli di Segretariato Sociale rappresentano la porta di accesso al sistema integrato dei servizi sociosanitari (art. 10 l.r. 66/2008), garantiscono l'accesso della persona anziana non autosufficiente e della persona con disabilità e svolgono le seguenti funzioni:

- ascolto della persona e accoglienza del bisogno;
- orientamento e informazione relativamente alla rete dei servizi;
- orientamento della persona verso il servizio sanitario o sociale competente laddove, già dall'accoglienza, si presuma un bisogno semplice;
- individuazione di possibili urgenze e eventuale invio al servizio appropriato;
- consegna della eventuale modulistica e supporto alla compilazione;
- registrazione della segnalazione del bisogno e raccolta delle informazioni utili a una prima lettura del bisogno (compilazione scheda di segnalazione);
- apertura della cartella personale e trasmissione della documentazione al PUA nei casi di bisogno complesso.

L'ubicazione e i livelli di funzionamento operativo dei punti di accesso diretto, facilmente identificabili e segnalati, con orari definiti e dotati di figure professionali adeguate, sono descritti nell'allegato A al presente regolamento e sono validi sia per l'Area della Non Autosufficienza che per l'Area della disabilità.

PUA – Punto Unico di Accesso

Il PUA, istituito con delibera n. 730 del 14/03/2019, costituisce il livello di coordinamento dei percorsi socio assistenziali, sanitari e socio sanitari della zona, con il compito di:

- garantire una unitarietà dei comportamenti dei vari professionisti impegnati nelle tre articolazioni UVM e UVMD, anche allo scopo di garantire uniformità di valutazione, di presa in carico e di definizione di PAP/Progetti di Vita omogenei;
- assicurare funzioni di regia e coordinamento operativo professionale e gestionale per quanto attiene i percorsi assistenziali relativi alla Non Autosufficienza, alla Disabilità e alla Continuità Assistenziale Ospedale Territorio;
- monitorare l'utilizzo delle risorse e la gestione del sistema informativo integrato delle attività territoriali;
- garantire il costante e corretto flusso dei dati verso la Regione Toscana.

Il PUA è così composto:

- Responsabile UF Cure Primarie; per assicurare la necessaria integrazione tra tutti i percorsi sanitari coinvolti direttamente e collateralmente
- Responsabile Assistenza Infermieristica Territoriale;
- Responsabile dell'Area della Non Autosufficienza della SdS titolare delle risorse del Fondo della Non Autosufficienza;
- Responsabile dell'Unità Funzionale Assistenza Sociale dell'Azienda Sanitaria;
- supporto amministrativo per monitorare l'utilizzo delle risorse e la gestione del sistema informativo integrato delle attività territoriali.

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 zionali 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 zionali 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.

NON AUTOSUFFICIENZA

DESTINATARI

Il regolamento ai servizi sociosanitari definisce i requisiti per l'accesso al Fondo per la Non Autosufficienza istituito con l.r. 66/2008 e al "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" approvato DGR 370/2010:

- residenza in uno dei Comuni della Società della Salute/ZD Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Area Grossetana;
- età uguale o superiore a 65 anni;
- valutazione di non autosufficienza da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale;
- persone di età inferiore ai 65 anni con patologia e bisogni assimilabili a quelli delle persone anziane non autosufficienti che necessitano di interventi per i quali il case manager richieda una valutazione da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale; tale eventualità può riferirsi anche a persone già inserite in percorsi dedicati alla disabilità o a patologie specifiche e la cui condizione determini un quadro comunque assimilabile a quello della non autosufficienza.

LA RETE DELL'ACCESSO

Tenuto conto di quanto descritto nella parte generale con riferimento alla Rete dell'Accesso comune per la persona anziana non autosufficiente e la persona con disabilità, il processo di presa in carico si avvia secondo il seguente percorso.

La persona anziana può accedere al sistema integrato dei servizi attraverso:

- Accesso diretto presso presidi identificati (Punti Insieme e Segretariato Sociale) effettuato da parte dell'interessato, di un familiare, del legale rappresentante, o da altro soggetto per conto dell'interessato.
La domanda sarà predisposta dall'operatore del Punto Insieme su apposito format on line (Aster Cloud) e alla stessa dovranno essere allegati modulo di consenso al trattamento dei dati personali, scheda clinica redatta dal MMG e ISEE socio sanitario più favorevole per il beneficiario. La mancata presentazione dell'isee non deve considerarsi come preclusiva dell'accesso al percorso della presa in carico della valutazione e della predisposizione del PAP o ritardarlo in alcun modo. 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, da parte della persona interessata.
- Accesso indiretto a seguito di segnalazione di altri soggetti/servizi della rete territoriale e/o altri servizi del sistema che hanno in carico la persona (cure primarie, MMG, ACOT, infermiere di famiglia, servizio sociale, percorsi di riabilitazione, etc). La segnalazione avverrà tramite mail all'indirizzo dei Punti insieme (presenti nell'allegato A).

PUA

Tenuto di conto di quanto descritto in merito al PUA nella parte generale, si precisa che in ogni articolazione UVM è presente un PUA operativo che rappresenta il punto di raccordo tra l'accesso e

la fase di valutazione del bisogno, il nodo di collegamento di tutti i presidi e i soggetti che accolgono la domanda del cittadino, sia in forma diretta che indiretta. 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 della disponibilità del bilancio di zona.

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Con provvedimento dirigenziale n. 0002192 del 23/09/2021 del Direttore Zona Distretto Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Area Grossetana n. 730/2019 è stata istituita l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) articolata in tre équipe territoriali:

- UVM Amiata Grossetana
- UVM Colline Metallifere
- UVM Area Grossetana

Composizione della UVM

Ogni UVM è composta come segue:

- medico di comunità (Coordinatore dell'UVM);
- assistente sociale;
- infermiere;
- amministrativo di supporto;

La seduta UVM in caso di necessità può essere integrata con la partecipazione del MMG, di figure specialistiche o altri operatori coinvolti nella valutazione del caso, che si ritengano necessarie ai fini della definizione del Progetto Personalizzato.

In caso di assenza del MMG alla seduta UVM, lo stesso verrà informato in merito a quanto definito nel Progetto.

Funzioni dei membri stabili della UVM:

Medico di distretto (Coordinatore dell'UVM)

- Verifica i requisiti sanitari di accesso alla valutazione;
- Verifica la correttezza formale e sostanziale della documentazione sanitaria;
- Si interfaccia con gli specialisti eventualmente coinvolti nella valutazione;
- Cura il raccordo con le altre équipe di valutazione aziendali (UVMD, ACOT, Commissioni Medico Legali, ecc.).

Assistente Sociale

- Verifica i requisiti sociali di accesso alla valutazione;
- Verifica la correttezza formale e sostanziale della documentazione sociale;
- Si interfaccia con il Servizio Sociale Territoriale;

Infermiere

- Verifica i requisiti infermieristici di accesso alla valutazione;
- Verifica la correttezza formale e sostanziale della documentazione infermieristica;

- Si interfaccia con l'infermiere di famiglia;

Amministrativo

- Supporta l'équipe nella verifica della completezza della documentazione necessaria per la fase istruttoria di valutazione;
- raccoglie ogni eventuale altra documentazione utile allo svolgimento della seduta;
- convoca le sedute della UVM e trasmette il calendario dei casi da discutere;
- redige il verbale della seduta;
- gestisce l'archivio delle cartelle;
- supporta la équipe nella gestione dello scadenziario dei casi sospesi o da rivalutare.

Sede e operatività della UVM

Le sedi operative delle tre articolazioni UVM zonali sono ubicate come segue:

- UVM Amiata Grossetana: c/o Distretto Socio Sanitario Via Dante Alighieri, 10 (seduta 1 volta a settimana)
- UVM Colline Metallifere: c/o Distretto Socio Sanitario Via Europa, 5 (seduta 1 volta a settimana)
- UVM Area Grossetana: c/o Distretto Socio Sanitario Via Don Minzoni, 9 (seduta 1 volta alla settimana).

Gestione della fase istruttoria della valutazione

La valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, viene effettuata al domicilio, possibilmente in maniera congiunta, dall'assistente sociale e dall'infermiere di riferimento, attraverso procedure valutative e progettuali multidimensionali con riferimento:

- allo stato di salute funzionale-organico,
 - alle condizioni cognitive e comportamentali
 - alla situazione socio ambientale e familiare
- utilizzando lo strumento del Protocollo Valutativo (allegato B).

A seguito della valutazione multidimensionale domiciliare, la Commissione UVM svolge le seguenti funzioni previste dalla l.r. 66/2008 e dalla DGRT 370/2010:

- la verifica della sussistenza delle condizioni di bisogno;
- la valutazione della condizione di non autosufficienza avvalendosi degli elementi contenuti nella scheda clinica e nel protocollo valutativo;
- l'individuazione dell'indice di gravità del bisogno;
- la definizione del Progetto di Assistenza Personalizzato, con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni socio-sanitarie appropriate; domiciliari, semiresidenziali e residenziali
- la definizione del case manager.

Successivamente alla definizione del PAP, il case manager, in genere coincidente con l'assistente sociale di riferimento, effettua:

- la condivisione del Progetto di Assistenza Personalizzato con la persona interessata e i suoi familiari;

- la periodica verifica degli obiettivi del Progetto di Assistenza Personalizzato e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché le eventuali rivalutazioni previste.

La conclusione del percorso e la definizione del PAP avviene entro 30 giorni dalla presentazione della richiesta di valutazione del bisogno.

Criteria per la valutazione delle situazioni di urgenza

E' data la possibilità alle UVM di effettuare valutazioni in via di urgenza in presenza di condizioni che rispondono alla necessità di tutela socio-sanitaria immediata dell'utente con la presenza di almeno 1 dei seguenti parametri:

- RETE ASSISTENZIALE – assenza o inadeguatezza della rete assistenziale anche momentanea
- GRAVITA' SANITARIA – utente divenuto improvvisamente non autosufficiente o già non autosufficiente, con peggioramento documentato dello stato di salute, non gestibile in assenza di progetto immediato erogato in urgenza.

IL PROGETTO ASSISTENZIALE PERSONALIZZATO (PAP)

Il Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP) contiene gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona interessata, le prestazioni socio-sanitarie da erogare e la loro durata.

La definizione del PAP da parte dell'UVM avviene entro 30 giorni dalla presentazione della domanda di valutazione del bisogno. La sottoscrizione dello stesso, avviene entro 60 giorni dalla presentazione dell'istanza. Nel caso in cui, l'interessato o chi per lui non si presenti alla condivisione del progetto e alla sua sottoscrizione entro tale termine, il PAP viene considerato decaduto. La sottoscrizione è da considerarsi come piena accettazione da parte della famiglia della proposta assistenziale e della eventuale compartecipazione al costo del servizio. La prestazione definita dal progetto personalizzato viene erogata entro 60 giorni dalla presentazione della domanda; nel caso di impossibilità ad attivare gli interventi previsti nel PAP entro il termine individuato, l'UVM assicura prestazioni di pari efficacia, condivise con la famiglia e fissa entro 90 giorni il tempo massimo per attivare le prestazioni previste (come previsto dall'art. 12 della L.R. 66/2008, comma 3). Nel caso di PAP residenziale, laddove non sia possibile erogare il servizio nei termini previsti, deve essere mantenuto il diritto alla permanenza in lista di attesa per il ricovero definitivo, anche nel caso in cui sia previsto un PAP suppletivo con erogazione di prestazione alternativa.

Il Progetto Assistenziale Personalizzato ha durata annuale e può essere rivalutato prima del termine, sia su richiesta dell'interessato che su iniziativa del servizio.

L'ACCOMODAMENTO RAGIONEVOLE

L'accomodamento ragionevole previsto dal *“Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente”* approvato con DGR 370/2010, si utilizza, in casi particolari, da parte della UVM che ha l'autonomia di apportare modifiche e/o adeguamenti funzionali e appropriati per l'orientamento progettuale. Tale autonomia può esplicarsi:

- a) nella modifica del livello di isogravità e del relativo pacchetto di prestazioni nei casi in cui, in sede di valutazione, si dovesse riscontrare un'incidenza tra le reali condizioni di salute della persona interessata e il livello di isogravità derivante dall'applicazione delle procedure valutative;
- b) nell'assegnazione di un intervento domiciliare per le situazioni in cui l'applicazione delle norme regolamentari della compartecipazione escludano la possibilità di accesso alle risorse del Fondo;

c) in caso di PAP domiciliare l'UVM potrà assegnare all'anziano la quota di risorse corrispondenti all'intervento domiciliare ritenuto più appropriato, ai fini del sostegno al pagamento della retta per la RSA, senza che sia prevista la corresponsione di quota sanitaria.

Il risultato dell'accordo raggiunto, in casi di assoluta eccezionalità, il base al principio dell'accomodamento ragionevole, deve essere inserito nel PAP e debitamente sottoscritto.

IL RINNOVO DEL PROGETTO PERSONALIZZATO

Alla scadenza fissata dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare il Progetto di Assistenza Personalizzato può essere:

- α) non rinnovato, se sono venute meno le condizioni che lo hanno attivato;
- β) rinnovato alle stesse condizioni, qualora si verifichi che non sono mutate le condizioni sanitarie, socio-ambientali e socio-economiche che lo hanno originato;
- γ) rinnovato con modifiche, qualora si verifichi che sono mutate le condizioni sanitarie, socio-ambientali e socio-economiche che lo hanno originato.

PANIERE DEI SERVIZI – INTERVENTI PREVISTI

Il PAP può prevedere i seguenti servizi:

a) *interventi domiciliari sociosanitari*, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta; gli accessi di assistenza domiciliare diretta previsti sono calcolati dalla commissione UVM in rapporto al livello di isogravità (vedere Disposizioni attuative, allegato C)

b) *interventi domiciliari in forma indiretta* come assegno di cura (sostegno al care giver) o contributo economico per assistente familiare regolarmente assunto (voucher);

- Il Voucher è una provvidenza economica a favore di anziani non autosufficienti, riconosciuta per servizi di assistenza alla persona, effettuata a domicilio, da un assistente familiare regolarmente assunto.

- L'Assegno di cura è una forma di incentivazione economica finalizzata a garantire agli anziani non autosufficienti la permanenza nel nucleo familiare o nell'ambiente di appartenenza, evitando il ricovero in strutture residenziali, attraverso l'assistenza prestata da un "care giver" familiare (di fatto o di diritto).

Il voucher e l'assegno di cura sono di norma concessi per i livelli di isogravità da 3 a 5. L'importo del contributo erogabile viene definito dall'UVM tenuto conto del livello di Isogravità e dell'ISEE socio sanitario

I pacchetti di isorisorse sono erogati sulla base della tabella contenuta nelle Disposizioni Attuative (allegato C)

c) *inserimenti in strutture semi residenziali* (Centri Diurni); l'UVM d'intesa con la famiglia, individua nel PAP le modalità di fruizione, i tempi e gli orari, in modo che il servizio possa essere funzionale alla conciliazione dei tempi delle famiglie, ai ritmi dell'utente, all'utilizzo del centro diurno come servizio di sollievo

d) *inserimenti temporanei o di sollievo in RSA;*

Ricoveri di sollievo

L'UVM può prevedere nel P.A.P. un ricovero di sollievo nel caso di anziano ultra sessantacinquenne non autosufficiente seguito al domicilio da un Care giver.

In questa ipotesi il ricovero viene programmato a titolo di sollievo per il Care giver e viene previsto per una durata massima di trenta giorni all'anno, salvo diversa valutazione della UVM.

La persona titolare di un PAP, che prevede un ricovero di sollievo presso le strutture Residenziali, viene inserita in una graduatoria predisposta secondo l'ordine di arrivo delle domande (ordine cronologico). Può essere data priorità alle domande sulla base di una relazione argomentata del Servizio Sociale.

Ricoveri di emergenza

Può essere disposto un ricovero di emergenza nel caso di persona non autosufficiente, sola, priva di rete familiare e/o assistenziale, a seguito di valutazione da parte dell'UVM/ACOT, in attesa di presentazione dell'attestazione ISEE.

Inserimento temporaneo in strutture residenziali

Il P.A.P. può prevedere l'inserimento presso una struttura residenziale per persone non autosufficienti (RSA – Residenza Sanitaria Assistenziale) di cui all'Art. 21, comma 1, lett. a), della L.R. 41/05 e D.G.R. 370/10.

Ai fini del mantenimento della persona non autosufficiente con isogravità da 1 a 5 presso il proprio ambiente di vita, l'U.V.M. può disporre l'inserimento in R.S.A. a tempo determinato, quale ricovero temporaneo ai sensi della DGRT 370/10 cap. IV punto B punto 3 area residenzialità (massimo 90 gg annui complessivi).

Ai ricoveri temporanei nel modulo base della RSA si applicano le disposizioni relative al percorso sulla libera scelta di cui alla Delibera GRT n. 995 dell'11.10.2016 "Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici fra 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."

L'accordo contrattuale di cui al comma precedente prevede il rilascio, da parte dei servizi competenti, all'assistito di un "titolo d'acquisto" nel quale sono indicati il corrispettivo sanitario e sociale utilizzabile per l'acquisto di specifiche prestazioni erogate da strutture accreditate ai sensi della LR 82/2009.

La persona in possesso del PAP, avuta la comunicazione del diritto al titolo d'acquisto da parte dei servizi competenti, effettuata con le modalità concordate nel progetto, indica la struttura prescelta fra quelle accreditate, riportate nel portale regionale dell'offerta residenziale toscana e firmatarie dell'apposito accordo contrattuale, entro 10 giorni lavorativi.

I servizi competenti, ricevuta la comunicazione della struttura prescelta da parte dell'assistito o del suo legale rappresentante, autorizzano l'ospitalità presso la stessa e concordano con i medesimi e la struttura, la data di ingresso e di dimissione.

e) Inserimento definitivo in strutture residenziali modulo base

Il P.A.P. può prevedere l'inserimento a tempo indeterminato in R.S.A, nel caso in cui nella fase di valutazione multidimensionale sia stata rilevata una condizione di elevato bisogno assistenziale contestualmente ad una assoluta inadeguatezza ambientale. Questo ai sensi della DGRT 370/10 e del Regolamento aziendale per l'accesso ai titoli d'acquisto per l'accoglienza residenziale di anziani non autosufficienti in Rsa modulo base a tempo indeterminato - Delibera del Direttore Generale n. 1061 del 20/12/2017 e alla procedura zonale adottata con Determina del Direttore di Zona/SdS n. 787 del 29 ottobre 2018.

Ai ricoveri definitivi nel modulo base della RSA si applicano le disposizioni relative al percorso sulla libera scelta di cui alla Delibera GRT n. 995 del 11.10.2016 "Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici fra 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”, con le stesse modalità descritte nel paragrafo precedente.

In presenza di non autosufficienza e di condizioni di inadeguatezza ambientale e familiare, il PAP può prevedere come appropriato un ricovero in RSA a titolo definitivo tramite concessione di un titolo d'acquisto.

Qualora il titolo di acquisto non sia immediatamente disponibile la persona viene collocata in lista di priorità secondo le modalità individuate nell'Atto Zonale.

L'assistito o suo delegato, al momento della comunicazione del diritto al titolo d'acquisto viene convocato telefonicamente dall'UVM e si dovrà presentare o delegare altra persona entro 24 ore per ricevere il titolo stesso. La data della chiamata verrà registrata in apposita modulistica e dalla stessa data decorreranno i 10 gg. previsti dalla legge regionale per la scelta della struttura.

L'UVM deve ricevere in forma scritta (fax, mail, consegna a mano) dall'assistito o suo delegato o dal legale rappresentante, l'indicazione della struttura prescelta entro 10 giorni lavorativi dalla comunicazione. L'UVM autorizza l'ospitalità entro 2 giorni lavorativi. L'ingresso deve avvenire entro e non oltre 5 giorni lavorativi dalla comunicazione relativa alla avvenuta autorizzazione.

L'ammissione nella RSA è confermata dall'invio all'assistito o al suo rappresentante legale e alla struttura di un'impegnativa che riporta il corrispettivo sociale e sanitario del titolo d'acquisto, unitamente al PAP.

Entro 1 giorno lavorativo dall'inserimento, la RSA deve confermare l'avvenuta ammissione all'UVM e alla SdS.

Nell'ipotesi in cui la procedura di ammissione in R.S.A., prevista dal contratto tra le parti interessate, non sia conclusa nei tempi ivi previsti per inadempienza dell'assistito, lo stesso è posto in calce alla lista di priorità con il termine “sanzionato”.

In caso di ricovero ospedaliero la concessione del titolo d'acquisto può essere differita al momento delle dimissioni, previa presentazione di certificazione del ricovero.

Solo nel caso in cui l'assistito non sia in grado di accedere al portale e operare la scelta (anziani soli privi di familiari o amministratore di sostegno), l'UVM procederà agli inserimenti garantendo trasparenza nei meccanismi di scelta.

L'assistito o il suo legale rappresentante può richiedere la mobilità del titolo di acquisto, qualora si manifestino condizioni familiari, economiche, ambientali o sanitarie tali da non consentire la permanenza nella struttura. La mobilità, ovvero la possibilità, per un utente che già detenga il titolo di acquisto e sia già inserito in RSA, di scegliere se trasferirsi ad altra RSA, è consentita al fine di garantire il pieno godimento del diritto alla libera scelta e viene operata con le seguenti modalità.

f) Inserimento residenziale moduli specialistici (cognitivo comportamentale ai sensi del 12/R)

Il P.A.P. può prevedere l'inserimento presso una struttura residenziale per persone non autosufficienti nel modulo cognitivo e nel modulo stato vegetativo (RSA – Residenza Sanitaria Assistenziale) di cui all'Art. 21, comma 1, lett. a), della L.R. 41/05 e D.G.R. 370/10.

Tali inserimenti sono da considerarsi temporanei, in quanto l'UVM integrata dallo specialista di riferimento e responsabile del progetto, provvede ad effettuare rivalutazioni periodiche finalizzate a valutare il perdurare dell'appropriatezza dell'inserimento nel modulo specialistico o, a seguito della stabilizzazione delle condizioni cliniche e comportamentali, ad un trasferimento nel modulo base o ad un rientro al domicilio.

Contestualmente alla sottoscrizione del P.A.P., l'utente o chi ne ha la rappresentanza giuridica, è inserito nella lista di attesa per l'inserimento Rsa modulo specialistico.

La lista di attesa viene formulata in ordine cronologico sulla base della data della seduta uvm, in subordine in base alla data di firma del p.a.p. e laddove se ne ravvisi la necessità, viene presa in considerazione la data di presentazione della segnalazione del bisogno.

PRIORITA' DI ACCESSO – LISTE DI ATTESA

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 per l'attivazione effettiva delle singole prestazioni non disponibili.

Nel caso di costituzione di liste di attesa per l'erogazione dei vari interventi previsti dal *“Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente”*, le persone titolari del Piano Assistenziale vengono collocate in specifiche graduatorie che tengono conto dei punteggi delle schede/scale previste dalle procedure di valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno adottate a livello regionale (IACA/Isogravità).

Per quanto riguarda la lista di priorità per ingresso in RSA modulo base, si veda quanto stabilito dal Regolamento di Accesso ai titoli di acquisto (allegato D).

I ricoveri temporanei e tutti gli inserimenti nei moduli specialistici (della durata di 90 giorni eventualmente prorogabili), sono finalizzati alla promozione della domiciliarità (come definito dalla DGR 402/2004). Dovranno pertanto essere previste liste di attesa differenziate rispetto alla RSA permanente e non potrà essere prevista alcuna soglia di sbarramento.

LA COMPARTECIPAZIONE

Il pacchetto di prestazioni derivanti dalla definizione dei Piani Assistenziali può consistere in servizi domiciliari erogati in forma diretta (assistenza domiciliare) o servizi domiciliari erogati in forma indiretta (contributo economico). Pertanto il concorso alla copertura economica da parte del titolare del PAP può avvenire sia sotto forma di compartecipazione al costo del servizio (in caso di prestazione diretta), sia sotto forma di riduzione dell'importo del contributo, rispetto al valore massimo erogabile (in caso di prestazione indiretta).

Per quanto riguarda le modalità di determinazione della compartecipazione al costo del servizio e dell'importo del contributo economico erogabile, si rimanda a quanto stabilito nelle Disposizioni attuative e nel Regolamento ISEE di CoeSo SdS (allegato C e allegato E).

Nel caso in cui il PAP preveda servizi di carattere semi residenziale o di carattere residenziale temporaneo, la retta di parte sociale è a carico dell'utente; la SdS garantisce un intervento economico a favore di coloro che non risultano in grado di provvedere alla copertura integrale della retta di parte sociale, in relazione all'ISEE socio sanitario .

Nel caso in cui il PAP preveda servizi di carattere residenziale, la retta di parte sociale è a carico dell'utente; la SdS garantisce un intervento economico a favore di coloro che non risultano in grado di provvedere alla copertura integrale della retta di parte sociale, in relazione all'ISEE socio sanitario residenziale.

Per quanto riguarda il corrispettivo di integrazione della quota sociale si rimanda a quanto previsto nelle Disposizioni attuative (allegato D).

DISABILITA'

DESTINATARI

Il Regolamento Zonale individua quali requisiti per accedere al *percorso di presa in carico della persona con disabilità* comuni a tutti gli ambiti territoriali della Toscana i seguenti:

- residenza in uno dei Comuni della Società della Salute/ZD di riferimento;
- età inferiore a 65 anni;
- disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità;
- certificazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992 n. 104 o riconoscimento di una invalidità rilasciata da una commissione medico legale non inferiore al 100%;
- presenza di un bisogno complesso. I bisogni semplici che possono essere soddisfatti con prestazioni e/o interventi di tipo sanitario (clinico-riabilitativo) o sociale, sono presi in carico e gestiti all'interno dei servizi e non vengono valutati dalla UVMD;
- valutazione da parte della UVMD di casi particolari che non soddisfano il requisito dell'età ma che necessitano interventi per i quali il case manager richieda la valutazione da parte dell'UVMD; tale eventualità può riferirsi anche a persone già inserite in percorsi dedicati a patologie specifiche e la cui condizione determini un quadro assimilabile a quello delle persone disabili, (vedi art. 9, comma 4, lett f) l.r. 60/2017).

Le persone riconosciute disabili comma 1 art 3 Legge 104/92 possono, se portatrici di bisogni complessi, essere destinatari dei progetti vita da parte dell'UVMD.

LA RETE DELL'ACCESSO

La persona con disabilità può accedere al sistema integrato dei servizi attraverso:

- Accesso diretto del cittadino presso presidi identificati (Punti Insieme e Segretariato Sociale) comuni con il sistema integrato della non autosufficienza (vedi allegato A, elenco dei punti insieme)
La domanda sarà predisposta su appositi moduli (vedi allegato segnalazione F) e alla stessa dovranno essere allegati verbale l. 104 in indice di gravità e ISEE socio sanitario più favorevole per il beneficiario. La mancata presentazione dell'ISEE non deve considerarsi come preclusiva dell'accesso al percorso della presa in carico della valutazione e della predisposizione del Progetto di Vita o ritardarlo in alcun modo. La non presentazione dell'Indicatore Reddittuale comporta la rinuncia agli eventuali benefici economici o alle riduzioni delle quote di compartecipazione dal costo delle prestazioni previste dallo stesso Progetto di Vita, da parte della persona interessata.
- Accesso indiretto a seguito di segnalazione di altri soggetti/servizi della rete territoriale e/o altri servizi del sistema che hanno in carico la persona (cure primarie, SMIA, ACOT, infermiere di famiglia, percorsi di riabilitazione, etc). La segnalazione avverrà tramite mail all'indirizzo dei Punti insieme (presenti nell'allegato A).

PUA – Punto Unico di Accesso

Il Punto Unico di Accesso (back-office), rappresenta il punto di raccordo tra l'accesso e la fase di valutazione del bisogno, il nodo di collegamento di tutti i presidi e i soggetti che accolgono la domanda del cittadino, sia in forma diretta che indiretta. E' costituito da una figura tecnico amministrativa per ciascuna articolazione UVMD.

Le funzioni del PUA sono:

- 1) verifica della completezza della documentazione pervenuta
- 2) registrazione dati per l' avvio dei flussi di tracciamento
- 3) creazione della cartella assistito
- 4) trasmissione della documentazione all' assistente sociale di riferimento
- 5) individuazione degli operatori da coinvolgere nella seduta UVMD
- 6) calendarizzazione delle sedute UVMD, definizione dell'ordine del giorno e convocazione delle sedute.

LA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

Con Provvedimento Dirigenziale n. 0002192 del 23/09/2021 del Direttore Zona Distretto Amiata grossetana, Colline metallifere e Grossetana n. 730/2019 è stata istituita l'Unità di Valutazione Multidimensionale per la Disabilità (UVMD) articolata in tre équipe territoriali:

- UVMD Amiata Grossetana
- UVMD Colline Metallifere
- UVMD Area Grossetana

Composizione della UVMD

Ogni UVMD è composta come segue:

- medico di comunità;
- assistente sociale;
- amministrativo di supporto (può trattarsi del medesimo personale che svolge le funzioni del PUA);

Tale gruppo stabile può essere integrato, sia nella fase di istruttoria della valutazione che nella fase di redazione del Progetto di vita, da professionisti e specialisti individuati tra quelli di riferimento della persona in funzione del bisogno prevalente o secondo quanto indicato dai percorsi specifici, quali:

- MMG/PLS;
- assistente sociale di riferimento della persona (Asl – Comune);
- fisiatra;
- neurologo;
- terapeuta della riabilitazione;
- infermiere;
- educatore;
- psicologo;
- neuropsichiatra infantile;

- psichiatra;
- esperti di accessibilità;
- altro specialista di riferimento della persona (per i casi in età scolare, almeno nella fase istruttoria della valutazione, è previsto il coinvolgimento di un rappresentante della scuola, come definito dalla normativa nazionale di riferimento).

Funzione dei componenti della UVMD:

Medico di distretto

- Verifica i requisiti sanitari di accesso alla valutazione;
- Verifica la correttezza formale e sostanziale della documentazione sanitaria;
- Si interfaccia con gli specialisti coinvolti nella valutazione;
- Cura il raccordo con le altre équipes di valutazione aziendali (UVM e Commissioni Medico Legali).

Assistente Sociale

- Verifica i requisiti di accesso alla valutazione;
- Verifica la correttezza formale e sostanziale della documentazione sociale;
- Si interfaccia con il Servizio Sociale Territoriale;
Cura il raccordo con le altre commissioni di valutazione aziendali (UVM e Commissioni Medico Legali).

Amministrativo

- Gestisce la casella di posta elettronica della UVMD;
- Supporta la équipe nella verifica della completezza della documentazione necessaria per la fase istruttoria di valutazione.;
- raccoglie ogni eventuale altra documentazione utile allo svolgimento della seduta;
- convoca le sedute della UVMD e trasmette il calendario dei casi da discutere;
- Redige l'ordine del giorno delle sedute UVMD raggruppando i casi in base agli specialisti la cui presenza di rende necessaria slla base delle caratteristiche delle persone da valutare;
- redige il verbale della seduta;
- Gestisce l'archivio delle cartelle;
- Supporta la équipe nella gestione dello scadenziario dei casi sospesi o da rivalutare
- Si raccorda con gli altri uffici amministrativi competenti per l'attivazione delle azioni individuate nel Progetto di vita;
- gestisce e aggiorna le eventuali graduatorie e/o liste di attesa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni.

Nella articolazione UVMD Area Grossetana, la componente amministrativa fa parte del PUA zonale e svolge anche le funzioni di coordinamento operativo, tecnico-amministrativo e organizzativo, attraverso idoneo sistema informativo integrato.

Medico Specialista

Il medico specialista partecipa alla stesura del Progetto di Vita previa convocazione di partecipazione alla seduta trasmessa dall'amministrativo 10 gg prima dell'incontro.

- esamina la documentazione sanitaria e integra la scheda di valutazione multidimensionale;
- collabora con gli specialisti delle altre discipline e con i professionisti sanitari e sociosanitari coinvolti nella presa in carico della persona, al fine di garantire la valutazione olistica della persona;
- s rapporta con il MMG/PDF qualora lo ritenga necessario;
- effettua, qualora lo ritenga opportuno, accertamenti ambulatoriali e/o domiciliari connessi alla definizione dei progetti.

Case manager

Il case manager è la figura di riferimento che favorisce la persona e la famiglia nel collegamento con il sistema dei servizi, individuati tra i componenti della UVMD nella fase di definizione del Progetto di vita sulla base del bisogno prevalente e della tipologia di percorso progettuale individuata. È individuato per competenze e può cambiare in relazione al mutamento dei bisogni, alle fasi di vita o alle fasi di attuazione del progetto di vita.

I riferimenti del Case Manager sono indicati nella scheda del Progetto di vita.

Svolge le seguenti funzioni:

- segnala al Coordinatore della UVMD eventuali difficoltà di attuazione delle azioni previste nel Progetto di Vita,
- segnala al Coordinatore della UVMD le variazioni dei bisogni e propone l'eventuale rivalutazione del caso;
- coordina il Progetto di vita in termini di connessione/regia tra i soggetti che hanno un ruolo nell'attuazione delle azioni definite,
- è l'interfaccia tra la persona (o famiglia e/o ADS), e i soggetti coinvolti per l'attuazione, il monitoraggio e la verifica del progetto;
- è interlocutore, riferimento privilegiato e facilitatore del progetto;
- è referente organizzativo per la persona e/o i suoi familiari,
- favorisce il principio dell'autodeterminazione,
- promuove e facilita la continuità assistenziale.

Funzioni della UVMD

L'UVMD svolge le seguenti funzioni:

- valutazione multidimensionale del bisogno e definizione del profilo di funzionamento della persona secondo le procedure definite e approvate a livello regionale;
- partecipazione della persona (e/o del suo legale rappresentante) sia nella fase valutativa che in quella progettuale;
- nomina del case manager della persona;
- monitoraggio dell'efficacia del Progetto di vita;
- rivalutazione periodica delle condizioni di bisogno ed eventuale ridefinizione del Progetto stesso.

Sede e Operatività UVMD

Le sedi operative delle tre articolazioni UVMD zonali sono ubicate come segue:

UVMD Amiata Grossetana: è situata presso il Distretto Socio Sanitario Via Dante Alighieri, 1

L' équipe si riunisce 1 volta al mese

UVMD Colline Metallifere: è situata presso il Distretto Socio Sanitario Via Europa, 5

L' équipe si riunisce 2 volte al mese

UVMD Area Grossetana: situata presso il Distretto Socio Sanitario Via Don Minzoni, 9

L' équipe si riunisce 4 volte al mese.

Ogni seduta è verbalizzata secondo lo schema di verbale allegato G.

GESTIONE DELLA FASE ISTRUTTORIA DELLA VALUTAZIONE

La domanda di valutazione viene presentata attraverso il modulo di segnalazione (allegato F) presso gli sportelli Punto Insieme e PAS e trasmessa al PUA, per la verifica della documentazione e la trasmissione all'equipe multidisciplinare.

Lo strumento utilizzato per la valutazione è il modulo Scheda Multidimensionale UVMD previsto dalla DGRT 1055/2021 (allegato H), attraverso il quale viene effettuata la valutazione multifunzionale del bisogno con definizione del profilo di funzionamento e delle dimensioni di vita afferenti all'area sociale, da parte dei professionisti coinvolti (indagine dei bisogni, aspettative della persona, e preferenze relative al progetto di vita).

L' UVMD accoglierà le nuove richieste di valutazione secondo l'ordine di arrivo e di protocollo riportato sulla scheda di segnalazione, prevedendo l'elaborazione del Progetto di Vita.

Per quanto riguarda la ricognizione/rivalutazione degli utenti già in carico, sarà cura del Case Manager richiederne la rivalutazione all'UVMD attraverso l'apposito modulo di segnalazione.

L'UVMD potrà prevedere la priorità di valutazione delle richieste segnalate con carattere di urgenza, da parte del medico specialista di riferimento o del servizio sociale competente.

IL PROGETTO DI VITA

Il Progetto di vita, a partire dal profilo funzionale della persona, dai suoi bisogni e dalle legittime aspettative e nel rispetto dell'autonomia e capacità di autodeterminazione della persona, è il documento nel quale unificare le risposte in termini di obiettivi, sostegni e opportunità offerte dal sistema sociosanitario, previdenziale e scolastico, lavorativo, ambientale/domestico e socio-relazionale, scelte in accordo con la persona e/o con i suoi familiari.

Il Progetto di Vita, elaborato dall'equipe multidisciplinare, tenendo conto delle risorse apportate dal budget di salute, contiene:

- la sintesi globale dei dati dell'assessment
- gli obiettivi generali e obiettivi specifici
- i supporti necessari per migliorare la qualità della vita

La partecipazione della persona

Secondo quanto disposto dalla DGR 1642/2019, la partecipazione della persona con disabilità alle fasi di valutazione e definizione del Progetto di vita è fondamentale per la piena realizzazione dello stesso.

Le modalità operative di partecipazione prevedono:

- uno o più incontri nella fase istruttoria della valutazione, nel quale sono indagati i bisogni, le legittime aspirazioni della persona, i suoi desideri, aspettative e preferenze;

- un incontro per la condivisione della proposta di Progetto di vita, al fine del coinvolgimento attivo e consapevole della persona nella definizione dello stesso. In questa fase, nel rispetto del principio della libera scelta e di autodeterminazione, la persona può coinvolgere un referente di altri soggetti/enti privati o del privato sociale, purché non direttamente coinvolti nella erogazione di servizi e prestazioni previsti nel proprio Progetto di vita.

La famiglia (o il legale rappresentante) sarà coinvolta in tutti i casi di minore età, tutela, curatela e amministrazione di sostegno e può, comunque essere attivamente coinvolta sia dalla persona con disabilità che dai servizi, ove se ne ravvisi l'opportunità.

L'accettazione del Progetto di vita viene sancita attraverso la sottoscrizione dello stesso; analogamente, ogni eventuale rifiuto, anche solo parziale, deve essere attestato nel medesimo.

PANIERE DEI SERVIZI – INTERVENTI PREVISTI

Il Progetto di Vita può prevedere i seguenti servizi:

a) assistenza diretta;

- assistenza domiciliare; erogata in favore della persona disabile, finalizzata a garantire la sua permanenza al domicilio con interventi di cure tutelari, accompagnamento all'esterno, socializzazione e aiuto domestico
- assistenza domiciliare educativa; erogata in favore di soggetti disabili, prevalentemente di minore età, finalizzata a sostenere il ruolo genitoriale, sviluppare e mantenere le autonomie personali della persona con disabilità, favorire le relazioni e l'integrazione nel contesto di vita e nel tessuto sociale
- assistenza scolastica; servizio di assistenza ad personam in ambito scolastico per l'autonomia e l'integrazione di alunni/studenti con disabilità in situazione di gravità frequentati la scuola dell'obbligo
- servizio di trasporto sociale

b) assistenza indiretta - contributi economici

Contributi economici destinati a disabili gravi assistiti a domicilio da care giver familiari e/o professionali, anche finalizzati al sostegno di spese per attività socio educative ed all'integrazione nel contesto sociale di riferimento. L'entità del contributo viene definita in base alla condizione economica dell'assistito ed in relazione al livello di intensità assistenziale definita dall'equipe multidisciplinare

- Assegno di cura (destinato al care giver) e Progetto di aiuto alla persona (a sostegno di attività esterne al contesto domestico)
- Contributo Regionale Progetto Gravissime disabilità (DGRT n 664/2017)
- Contributo Regionale Progetto Vita indipendente ed IN AUT : entrambi i progetti hanno la finalità di consentire alla persona con disabilità di condurre una vita in condizioni di autonomia, attraverso misure di sostegno al reddito, che favoriscano la crescita personale, l'indipendenza abitativa, la formazione professionale ed i percorsi lavorativi ecc.
- Contributo Regionale Progetto Care Giver: Delibera Regionale N 212 del 2021 – destinato a care giver di persone in condizioni di disabilità gravissima, programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione

- Contributo Progetto ADA; Adattamento Domestico per l'Autonomia personale, finalizzato a migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità, attraverso interventi di adattamento dell'ambiente domestico altamente personalizzati

c) inserimenti in strutture semi residenziali (Centri Diurni)

I centri diurni offrono vari servizi di natura socio assistenziale alle persone con disabilità, con l'obiettivo di sostenerle nel mantenimento delle proprie autonomie e abilità sociali e favorendo la permanenza al domicilio

d) sostegno alle famiglie per attività diurne di socializzazione

Contributi economici rivolti al pagamento di attività di socializzazione con valenza relazionale, socio-riabilitativa e non sanitaria, quali; attività sportive, ricreative, culturali e di tempo libero con soggetti convenzionati. Tali interventi sono volti a promuovere processi di autonomia ed integrazione sociale

e) attività diurne Progetto Dopo di Noi

- Attività diurne finalizzate all'inclusione sociale e allo sviluppo di relazioni
- Attività abitative diurne, propedeutiche alle fasi residenziali di conoscenza e condivisione finalizzate alla nascita del gruppo casa

f) inserimenti socio riabilitativi

Gli inserimenti socio riabilitativi in ambienti di lavoro sono rivolti alle persone con ridotte capacità psico fisiche ed hanno finalità quali, lo sviluppo e mantenimento delle autonomie, l'integrazione nel tessuto sociale e l'apprendimento di nuove conoscenze.

e) Inserimento in strutture residenziali RSD;

Il progetto di vita può prevedere l'inserimento di persone con disabilità presso strutture di tipo residenziale qualora non sia possibile garantire loro la necessaria assistenza al domicilio, sia per la gravità della condizione sanitaria, sia per l'assenza/carenza della rete familiare o per assoluta inadeguatezza ambientale

f) Inserimento residenziale Progetto Dopo di Noi

Forme di abitare con livelli alti o medio alti di supporto, con presenza di personale qualificato all'interno di gruppi appartamento

PRIORITA' DI ACCESSO – LISTE DI ATTESA

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 Progetto di Vita, la persona è collocata in una lista di attesa per l'attivazione effettiva delle singole prestazioni non disponibili.

FORMAZIONE LISTA DI ATTESA RSD IL SOLE

La gestione della lista di attesa provinciale è competenza della Referente Area Non Autosufficienza e Disabilità di COeSO SdS, che la effettua per tramite dell'Ufficio Amministrativo del PUA attraverso l'applicativo Spartan Doc.

L'inserimento in lista di attesa avviene a seguito della sottoscrizione del Progetto di Vita residenziale da parte della persona disabile o suo AdS/tutore; il numero di protocollo attribuito a tale progetto determina l'ordine ufficiale di collocazione cronologica in lista.

Nella lista possono essere presenti:

- soggetti disabili domiciliati presso la propria abitazione al momento della stesura del progetto di vita
- soggetti disabili domiciliati presso altra struttura residenziale che richiedono il trasferimento alla RSD Il Sole.

L'aggiornamento della lista di attesa avviene in conseguenza dei seguenti eventi:

- inserimento di nuove persone in lista a seguito di sottoscrizione di Progetto di Vita residenziale a tempo indeterminato
- inserimento in RSD di persone presenti in lista
- decesso di persone presenti in lista
- rinuncia al Progetto di Vita residenziale da parte di persone presenti in lista.

Il monitoraggio delle risorse viene effettuato dalla Referente Area Non Autosufficienza e Disabilità di COeSO SdS, attraverso apposito applicativo (Spartan Doc) gestito dall'ufficio amministrativo del PUA.

SCORRIMENTO LISTA DI ATTESA RSD IL SOLE

A seguito di decesso o dimissione volontaria, la RSD Il Sole comunica al Referente di lista la disponibilità del posto letto specificando se posto UOMO o DONNA.

Al fine di agevolare i soggetti disabili collocati presso il proprio domicilio, rispetto ai soggetti disabili inseriti in contesto protetto (altra struttura residenziale), lo scorrimento della lista di attesa viene effettuato prendendo in considerazione i soggetti collocati nelle prime due posizioni utili ed attribuendo il posto letto prioritariamente alla persona collocata presso il proprio domicilio.

Si potranno quindi verificare le seguenti ipotesi:

- nel caso in cui i primi due soggetti siano entrambi collocati al proprio domicilio, si assegna il posto letto al primo in ordine cronologico
- nel caso in cui i primi due soggetti siano entrambi collocati in altra struttura, si assegna il posto letto al primo in ordine cronologico
- nel caso in cui uno dei due soggetti sia collocato presso la propria abitazione e l'altro in struttura residenziale, si assegna il posto letto alla persona che vive al proprio domicilio (anche se seconda in ordine cronologico).

Qualora si verificasse la circostanza in cui per due volte di seguito, allo scorrimento della lista, il disabile già inserito in struttura residenziale venisse penalizzato rispetto al soggetto collocato al proprio domicilio, al terzo scorrimento si dovrà procedere assegnando il posto letto alla persona ospite presso struttura residenziale.

Dopo l'individuazione del soggetto beneficiario del posto letto, definito secondo i criteri sopra indicati, il referente di lista lo comunica all'assistente sociale case manager e al PUA, il quale predispone la documentazione necessaria per l'ingresso in RSD (vedi Istruzioni Operative).

LA COMPARTECIPAZIONE

Il pacchetto di prestazioni derivanti dalla definizione dei Progetti di Vita può consistere in servizi domiciliari erogati in forma diretta (assistenza domiciliare) o servizi domiciliari erogati in forma indiretta (contributo economico). Pertanto il concorso alla copertura economica da parte del beneficiario del progetto, può avvenire sia sotto forma di compartecipazione al costo del servizio (in caso di prestazione diretta), sia sotto forma di riduzione dell'importo del contributo, rispetto al valore massimo erogabile (in caso di prestazione indiretta).

Per quanto riguarda le modalità di determinazione della compartecipazione al costo del servizio e dell'importo del contributo economico erogabile, si rimanda a quanto stabilito nelle Disposizioni attuative e nel Regolamento ISEE di CoeSo SdS (allegato C e allegato E).

Nel caso in cui il Progetto di Vita preveda servizi di carattere semi residenziale o di carattere residenziale temporaneo, la retta di parte sociale è a carico dell'utente; la SdS garantisce un intervento economico a favore di coloro che non risultano in grado di provvedere alla copertura integrale della retta di parte sociale, in relazione all'ISEE socio sanitario .

Nel caso in cui il Progetto di Vita preveda servizi di carattere residenziale, la retta di parte sociale è a carico dell'utente; la SdS garantisce un intervento economico a favore di coloro che non risultano in grado di provvedere alla copertura integrale della retta di parte sociale, in relazione all'ISEE socio sanitario residenziale.

Per quanto riguarda il corrispettivo di integrazione della quota sociale si rimanda a quanto previsto nelle Disposizioni attuative (allegato D).

LA CONTINUITA' DELLA PRESA IN CARICO

Il regolamento disciplina le modalità organizzative ed operative di dettaglio (azioni, tempi, livelli di responsabilità) per la gestione, il monitoraggio e la verifica dei seguenti percorsi:

Transizione minore- adulto

La fase di transizione tra i servizi diversi in particolare tra le UFSMIA, dedicate all'età evolutiva e le UFSMA, dedicati ai giovani adulti e agli adulti, costituisce una fase delicata per i pazienti e per le famiglie in quanto rappresenta un momento di cambiamento, sia rispetto all'organizzazione dei servizi che rispetto agli operatori di riferimento.

Al compimento del 18 esimo anno di età o al termine del percorso scolastico, si pone la necessità di facilitare e garantire il corretto passaggio in particolare dai servizi per la Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, ai servizi per la Salute Mentale dell'età adulta, a tale scopo è presente una procedura aziendale che disciplina le modalità operative della transizione.

In modo più ampio, per quanto riguarda il passaggio minore-adulto di soggetti disabili, sono attuate le seguenti modalità operative; il case manager, sei mesi prima del compimento della maggiore età e comunque non oltre il termine del percorso scolastico, previo accordo con la famiglia e con la UVMD segnala al PUA la necessità di attivare il team di transizione.

Transizione adulto-anziano

La fase di transizione adulto-anziano avviene attraverso un passaggio di presa in carico dall'UVMD alla UVM. Sarà cura dell'UVMD, previa valutazione multidisciplinare, predisporre il Progetto di vita che stabilisca il passaggio dall'Area Disabilità all'Area Anziani Non Autosufficienti, garantendo la continuità assistenziale.

L'UVM prenderà in carico il caso nella prima seduta utile, previa segnalazione del bisogno da parte del case manager.

INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Per l'integrazione Ospedale/Territorio è istituita l' ACOT Agenzia di Continuità Ospedale Territorio, sistema integrato per garantire la continuità della presa in carico del paziente tra le fasi dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza territoriale, secondo quanto previsto dalla DGR n. 679/2016 e ss.mm.ii.

L'Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio garantisce dal punto di vista organizzativo la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa.

Rappresenta il nodo centrale di un sistema reticolare integrato socio sanitario, che garantisce il governo delle risorse, la presa in carico del bisogno con la predisposizione e attuazione del Piano di Assistenza Personalizzato.

E' facoltà dell' ACOT segnalare al Punto Insieme eventuali situazioni che dopo l'intervento socio sanitario messo in atto alla dimissione, necessitano di una presa in carico globale e duratura da parte dell' UVMD.

INTEGRAZIONE TRA DIVERSI TERRITORI

In caso di passaggio di soggetto disabile da un comune ad un altro, all'interno della stessa Zona Distretto, l'UVMD di provenienza in accordo con la famiglia, segnala il caso all'UVMD di destinazione, concordando una seduta comune, da tenersi anche in video conferenza, attraverso la quale venga adeguatamente presentata la situazione, gli interventi in atto e le aspettative della famiglia, al fine di garantire la continuità del percorso assistenziale nel territorio di destinazione.

In caso di passaggio di soggetto disabile da un comune ad un altro, situato fuori dalla Zona Distretto (sia in Regione Toscana che non), è l'UVMD di provenienza che predispone un documento conclusivo del percorso di presa in carico sul proprio territorio, da consegnare alla persona, che contenga una sintesi del progetto di vita, compresi gli obiettivi raggiunti e in corso di realizzazione.

A seguito di comunicazione di un futuro trasferimento o di un trasferimento già avvenuto, previa autorizzazione della persona o di chi la rappresenta, la UVMD della zona di provenienza si confronta con la UVMD della zona di trasferimento e favorisce la condivisione delle informazioni relative alla persona, al fine di assicurare la continuità del suo progetto di vita.

Nei casi di attivazione di percorsi residenziali extra zionali da parte della UVMD, la responsabilità della presa in carico, della rivalutazione delle condizioni di salute della persona e della verifica del progetto di Vita, resta di competenza della UVMD della Zona di provenienza.

SISTEMA INFORMATIVO

Il PUA e la UVMD dispongono di apposito strumento informativo con collegamento informatizzato di tutti i presidi e i soggetti che accolgono la domanda del cittadino, nel quale vengono registrate le varie fasi del percorso di presa in carico: segnalazione, valutazione, progetto definito (questo in attesa che venga individuato apposito strumento a livello regionale).

Sistema Informativo degli assistiti e delle prestazioni

Il sistema informativo maggiormente diffuso nelle Zone Distretto/SdS per la gestione della cartella sociale integrata e del percorso della Non Autosufficienza è Aster Cloud, oltre al Sistema Telematico di Accettazione Regionale (STAR) in dotazione agli Sportelli Unici delle Attività Produttive (SUAP) comunali per la gestione delle istanze di dichiarazione di inizio attività, autorizzazione al

funzionamento e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi (di cui agli artt. 21 e 22 della l.r. 41/2005).

DISPOSIZIONI FINALI

NORME TRANSITORIE

Il Piano regionale per la non autosufficienza approvato con DGR 318 del 18/05/2020 prevede di:

- dotare le zone-distretto di un unico sistema informativo per la gestione della cartella sociale integrata e del percorso della Non autosufficienza (e in prospettiva anche della disabilità) dalla segnalazione del bisogno alla conclusione del percorso di presa in carico. Il sistema sarà la fonte di riferimento regionale per rispondere al debito informativo nazionale previsto ai fini dell'erogazione del Fondo per la Non Autosufficienza e alimentato dai flussi informativi SIAD/FAR per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e delle prestazioni erogate in strutture di tipo residenziale (RSA) e semi-residenziale (CD) per anziani o soggetti non autosufficienti. Di conseguenza il sistema è di riferimento anche per gli indicatori LEA costruiti dai dati raccolti con i flussi SIAD/FAR.
- aggiornare il nomenclatore regionale per la classificazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato, comprendente gli interventi dei settori sociali e sociosanitari, che sono parte integrante dell'area della Non Autosufficienza. Il nomenclatore nella versione 2.0 è prodotto dall'integrazione e dall'inclusione dei diversi nomenclatori riconosciuti a livello regionale (DGR 580/2009, DGR 1076/2018) e nazionale ed è il riferimento per lo scambio di informazioni tra sistemi e flussi.
- promuovere un piano informativo/formativo agli ambiti zionali per assolvere il nuovo debito informativo nazionale indicato nel DM 103 del 22 agosto 2019 che prevede l'alimentazione del Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali (SIOSS), compresi quelli afferenti alle aree assistenziali della non autosufficienza.
- avviare un percorso di rafforzamento della governance della zona-distretto attraverso il sistema informativo sull'offerta territoriale di servizi e strutture del sistema integrato. Il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociosanitari e Sociali Integrati (SIUSSI) potrebbe rendere disponibile alla zona-distretto il cruscotto informativo delle risorse territoriali, (servizi, strutture, professioni e budget).

Il regolamento disciplina i debiti informativi di SdS/ZD e le modalità organizzative per assolvervi tenuto conto delle previsioni del Piano regionale per la non autosufficienza.

DEROGHE

In casi di eccezionalità ed in presenza di problematiche sociali particolarmente significative e complesse, l'UVM/UVMD, in seguito a comprovati motivi, può decidere di erogare interventi in deroga a quanto previsto nel presente Regolamento. Le motivazioni della deroga sono esplicitate nel verbale della seduta di approvazione del PAP/Progetto di Vita, dal quale emergono, fra le altre cose, i particolari bisogni e le circostanze oggettive non valorizzabili con il solo impiego degli strumenti di valutazione richiamati.

RICORSI E RECLAMI

E' ammessa, da parte dell'interessato, istanza di revisione/rivalutazione del PAP/Progetto di vita, rivolta all'UVM/UVMD, entro 30 giorni dal ricevimento.

Il Coordinatore dell'organo di valutazione dovrà pronunciarsi sull'istanza di revisione/rivalutazione entro il termine perentorio di 60 giorni dalla data di ricezione della medesima.

TUTELA DEL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'informativa sul trattamento dei dati personali (ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003), viene presa in visione e sottoscritta dall'interessato in fase di domanda di valutazione del bisogno e si esplica come di seguito riportato.

1. Finalità del trattamento

I dati personali verranno trattati da COeSO - SdS per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali in relazione al procedimento avviato.

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

3. Modalità del trattamento

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e manuali, in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. I dati non saranno diffusi, potranno essere eventualmente utilizzati in forma aggregata per la statistiche riguardanti il servizio.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Incaricati

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (es. servizi tecnici). I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge che lo preveda.

5. Diritti dell'interessato

All'interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/2003 e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, l'opposizione al loro trattamento o la trasformazione in forma anonima. Per l'esercizio di tali diritti, l'interessato può rivolgersi al Responsabile del trattamento dei dati.

6. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è COeSO – Società della salute delle zone Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana, con sede legale Piazza Duomo n.1 58100 Grosseto (GR).

TIPOLOGIA E MODALITA' DI SVOLGIMENTO DEI CONTROLLI

1) Ai fini dell'accertamento della veridicità delle dichiarazioni presentate, CoeSO SdS effettua controlli a campione che interessano i beneficiari degli interventi avvalendosi delle informazioni in proprio possesso nonché di quelle di altri Enti della Pubblica Amministrazione.

2) L'Ente, ai sensi dell'articolo 1, comma 8, della legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", adotta, su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, (RPCT), il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT).

Il controllo degli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione coinvolge tutta l'Amministrazione, secondo le prescrizioni contenute nel PTPCT, con la regia del RPCT. Le modalità di attuazione e verifica delle misure anticorruzione sono differenziate a seconda che si tratti di Misure generali e obbligatorie previste nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), di Misure specifiche in relazione al contesto interno ed esterno (declinate nel PTPCT) o di Misure ulteriori individuate dai dirigenti nell'effettuazione della mappatura dei processi e di analisi dei rischi ad essi correlati.

Il PTPCT contiene, ai sensi dell'articolo 10 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", una sezione relativa alla trasparenza in cui sono specificati i ruoli dei soggetti tenuti a svolgere compiti di supervisione e coordinamento, fra cui il RPCT e la struttura regionale competente in materia di Comunicazione ed Informazione. La sezione individua, per ciascun adempimento, le strutture competenti, i contenuti, le responsabilità e le tempistiche.

Il controllo sia sulle misure anticorruzione che sugli adempimenti di trasparenza è costante e si sostanzia in azioni di monitoraggio svolte in corso d'anno, secondo le modalità previste dal PTPCT.

ADEMPIMENTI CONSEGUENTI ALL' ATTIVITA' DEI CONTROLLI

Qualora, nel corso dei controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni emergano irregolarità o omissioni rilevabili d'ufficio non costituenti falsità, il responsabile del procedimento, ai sensi del comma 3 dell'art. 71 del D.P.R. n. 445/2000, ne dà notizia all'interessato che dovrà procedere alla regolarizzazione o all'integrazione della dichiarazione entro il termine assegnato decorrente dalla data di ricevimento della comunicazione.

Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal citato D.P.R. è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia (art. 76, comma 1, del D.P.R. n. 445/2000).

ENTRATA IN VIGORE

Il presente Regolamento entra in vigore il 1° giorno del mese successivo alla data di approvazione da parte dell'Assemblea di COeSO SDS.

ALLEGATI

ALLEGATO A: Elenco Punti Insieme della ZD/SdS

ALLEGATO B: Protocollo valutativo Non Autosufficienza

ALLEGATO C: Disposizioni Attuative

ALLEGATO D: Regolamento di accesso ai titoli di acquisto

ALLEGATO E: Regolamento ISEE di CoeSO SdS

ALLEGATO F: Modulo segnalazione percorso UVMD

ALLEGATO G: Verbale commissione UVMD

ALLEGATO H: Scheda valutazione multidimensionale UVMD