Allegato 1.

REGOLAMENTO UNICO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI DEL COeSO – SDS GROSSETO "SOCIETA' DELLA SALUTE DELLE ZONE AMIATA GROSSETANA, COLLINE METALLIFERE E GROSSETANA"

INDICE

PARTE I PRINCIPI GENERALI
Articolo 1 Oggetto.
Articolo 2 Principi generali.
Articolo 3 Il sistema integrato di interventi e servizi.
Articolo 4 Finalità del Servizi sociali.
Articolo 5. Azioni di promozione del singolo, dei gruppi e delle comunità locali.
Articolo 6 Livelli essenziali di assistenza sociale.
Articolo 7 Definizione del Servizio Sociale Professionale.
Articolo 8 Destinatari degli interventi sociali.
Articolo 9 Priorità di accesso.
Articolo 10 Segnalazione e valutazione del bisogno.
Articolo 11 Progetto assistenziale indiviualizzato.
Articolo 12 Valutazione condizione economica e compartecipazione al costo dei servizi.
Articolo 13 Rivalsa.
Articolo 14 Sospensione e revoca delle prestazioni.
Articolo 15 Disposizioni attuatuive.
Articolo 16 I rapporti con il cittadino.

PARTE II AREA SOCIO ASSISTENZIALE
Articolo 17 Segretariato Sociale.
Articolo 18 Settori di intervento.
Aticolo 19 Tipologie di servizi, interventi, prestazioni.
Articolo 20 Interventi di sostegno economico.
Articolo 21 Assistenza domiciliare.
Articolo 22 Trasporti sociali.
Articolo 23 Assistenza socio educativa.
Articolo 24 Affido familiare.
Articolo 25 Supporto alla genitorialità e alle responsabilità familiari.
Articolo 26 Incontri protetti.
Articolo 27 Inserimenti socio riabilitativi in ambiente di lavoro.
Articolo 28 Socializzazione per disabili.
Articolo 29 Servizi semiresidenziali.
Articolo 30 Servizi residenziali.

PARTE III AREA SOCIO SANITARIA.
Articolo 31 Premessa.
Articolo 32 Soggetti
Articolo 33 Segnalazione del bisogno
Articolo 34 Valutazione multidimensionale

Articolo 35 Progetto assistenziale personalizzato
Articolo 36 Isogravità e isorisorse per anziani ultra65 non autosufficienti.
Articolo 37 Tipologie di servizi, interventi e prestazioni.
Articolo 38 Assistenza domiciliare integrata.
Articolo 39 Asssegnazioni economiche per il sostegno della domiciliarità.
Articolo 40 Centri diurni per anziani non autosufficienti e disabili in gravità.
Articolo 41 Servizi residenziali a supporto della domiciliarità.
Articolo 42 Ricoveri definitivi in RSA.
Articolo 43 La compartecipazione nei ricoveri definitivi in RSA.
Artricolo 44 Servizi residenziali per disabili in condizioni di gravità
Articolo 45 Compartecipazione servizi residenziali per disabili in gravità.
Articolo 46 Norma finale.

PARTE I
PRINCIPI GENERALI

Articolo 1. Oggetto.

Il presente Regolamento disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali della Società della Salute denominata CoeSo Società della Salute delle zone Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Area Grossetana, ed è articolato in due distinte aree di intervento: area socio assistenziale ed area socio sanitaria.
In conformità ai principi fondamentali della Costituzione della Repubblica Italiana, della Legge 328/2000, della Legge Regionale 41/2005 e smi e degli altri atti successivi ad esse collegati, il sistemza integrato dei sevizi sociali è rivolto a promuovere a garantire i diritti di cittadinanza sociale, la qualità della vita, l'autonomia individuale, le pari opportunità, la salute, la non discriminazione, la coesione sociale, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione.
Per interventi e servizi si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed alla erogazione di servizi, gratuiti e parzialmente o completamente a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona incontra nel corso della vita, escluse quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello esclusivamente sanitario, nonchè le funzioni assicurate in sede di amministrazione della giustizia.

Articolo 2. Principi generali.

Il presente regolamento è emanato:

a) nello spirito dei principi fondamentali sanciti dalla Costituzione della Repubblica Italiana agli articoli 2,3,4 e 5 e dei diritti e doveri dei cittadini riconosciuti nei successivi articoli 30,31,34 e 38;

b) nello spirito dei compiti previsti dal DPR n.616/1977, delle funzioni attribuite dal D.Lgs n.112/1998 e delle attività individuate dalla Legge n.328/2000 e nella L.R.T. n.41/2005 e smi e del DPCM n.159/2013 e smi;

c) secondo le modalità previste dalla vigente normativa nazionale e regionale in ambito sociale e dall'ordinamento degli enti locali;

d) in base ai principi generali della Statuto della Società della Salute secondo i principi di innovazione, partecipazione, integrazione e umanizzazione.

I procedimenti amministrativi in materia di interventi e servizi sociali si attuano

secondo i principi della efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, coperture finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, nonchè di trasparenza.

Articolo 3. Il sistema integrato di interventi e servizi.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza sia mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, sia attraverso la definizione di percorsi attivi, volti ad ottimizzare l'efficacia della risorse, ad impedire sovrapposizioni di competenze e la settorializzazione delle risposte.

Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha carattere di universalità e sussidiarietà. I servizi pertanto devono prioritariamente supportare, valorizzare e sostenere la rete sociale del cittadino, collocandola ed integrandola nella rete dei servizi, in cui l'ente ha la funzione di promotore, autore e tramite. Ruolo del servizio è quello di accompagnare e sostenere i percorsi di autonomia, stimolando un ruolo attivo del cittadino nel suo contesto di vita, intervenendo in via sostitutiva solo laddove questo si renda strettamente necessario per la sicurezza dell'individuo.

Nella programmazione e gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, la Società della Salute si impegna a perseguire l'obiettivo di un accomodamento ragionevole nei confronti dei bisogni del cittadino.

Al fine di favorire la più efficace tutela dei soggetti non autosufficienti i servizi e gli interventi di tipo socio-assistenziale sono integrati con le necessarie prestazioni di carattere sanitario sulla base di progetti assistenziali personalizzati redatti in sede di valutazione multidimensionale. Le modalità di accesso e la disciplina dei servizi rivolti alla non autosufficienza ed alla disabilità sono disciplinate nella Parte II del presente regolamento denominata "area socio-sanitaria".

Articolo 4. Finalità dei servizi sociali.

Le principali finalità che si intendono perseguire attraverso i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari sono:

a) prevenire e rimuovere le cause che possono impedire alle persone di realizzarsi e di integrarsi nell'ambito familiare e sociale e che possono condurre a fenomeni di emarginazione nella vita quotidiana, nell'ambiente di studio e di lavoro;

b) garantire il diritto delle persone al pieno sviluppo della propria personalità nell'ambito della propria famiglia e della comunità locale;

c)assicurare la fruibilità delle strutture, dei servizi e delle prestazioni sociali secondo modalità che garantiscano la libertà e la dignità personale, realizzino l'eguaglianza di trattamento e il rispetto della specificità delle esigenze e consentano congrui diritti per gli utenti;

d) recuperare i soggetti socialmente deboli o affetti da disabilità, favorendone l'inserimento o uil reinserimento nel normale ambiente familiare, sociale, scolastico e lavorativo;

e) sostenere la famiglia, proteggere la maternità, tutelare l'infanzia e i soggetti in età evolutiva, con particolare riferimento ai soggetti a rischio d'emarginazione;

f) vigilare sulla condizione minorile;

g) promuovere e attuare gli interventi a favore degli anziani, finalizzati al mantenimento, inserimento o reinserimento nel proprio ambiente di vita.

Articolo 5. Azioni di promozione del singolo, dei gruppi e delle comunità locali.

La Società della Salute, per le competenze assegnatele dalla legge e dagli atti costitutivi e fondamentali, nell'ambito dei compiti di progettazione e di realizzazione della rete dei servizi sociali, con lo scopo di realizzare il sistema integrato e per le finalità di cui all'articolo 2 del presenmte regolamento:

a) promuove e sostiene iniziative per il coinvolgimento della collettività e la crescita della sensibilità su problemi sociali e attività tese a risolvere i problemi di emarginazione e di sfruttamento delle categorie deboli della popolazione e a creare una cultura basata sul rispetto di tutti gli esseri viventi e del loro ambiente di vita;

b) promuove la solidarietà sociale con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto aiuto, di reciprocità e della solidarietà organizzata;

c)riconosce e agevola il ruolo degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato e degli enti riconosciuti dalle confessioni religiose;

d) effettua forme di consultazione del privato sociale, promuove forme innovative e di collaborazione e coordina i programmi degli enti operanti nel settore;

e) garantisce la gestione e l'offerta dei servizi in collaborazione con i suddetti

organismi e con altri soggetti privati operanti nel settore;

f) adotta, ai sensi della normativa vigente, forme di aggiudicazione o negozioali che consentano ai soggetti operanti nel terzo settore e agli altri soggetti privati, di esprimere pienamente la loro progettualità.

Articolo 6. Livelli essenziali di assistenza sociale.

Nelle more della definizione statale e regionale dei livelli essenziali di assistenza, la Società della Salute, assicura ai propri cittadini i Livelli Essenziali di assistenza di seguito Liveass.

Per Liveas si intende un insieme di erogazioni e/o servizi appropriati ed esigibili, dimensionati per rispondere ai bisogni sociali predefiniti come indifferibili, offerti al cittadino in forma essenziale.

La Società della Salute, attraverso i propri atti di programmazione, nel rispetto delle disposizioni statali e regionali in materia e sulle indicazioni del presente regolamento individua i Liveass quali diritti di cittadinanza condivisi con un patto di welfare locale definito con gli organismi e le associazioni rappresentative della comunità.

Articolo 7. Definizione del Servizio Sociale Professionale.

Il Servizio Sciale Professionale è la porta di accesso al sistema integrato di interventi e servizi sociali e socio sanitari integrati.

E' organizzato su due livelli: il primo di front office che si concretizza nell'incontro e nell'analisi dei bisogni, il secondo di back office che si concretizza nella discussione professionale e multidisciplinare, nella predisposizione di progetti assistenziali personalizzati, nell'esame dei percorsi, nella presa in carico, nella valorizzazione delle risorse individuali e delle reti sociali e familiari di ogni persona, nella gesione delle risorse economiche.

Opera secondo i principi del codice deontologico, si fonda sul valore e sulla dignità di tutte le persone, sul rispetto dei loro diritti e sull'affermazione delle qualità delle persone. L'assistente sociale riconosce la centralità della persona in ogni intervento, considera ed accoglie ogni persona portatrice di un bisogno e la colloca entro il suo contesto di vita e di relazione. Attiva il processo di aiuto a partire dalla valutazione e valorizzazione delle riorse individuali e familiari. Promuove azioni di prevenzione del disagio, azioni di solidarietà sociale finalizzate al miglioramento della qualità della vita delle persone e della crescita della comunità anche in collaborazione con le agenzie del terzo settore e le associazioni di volontariato.

Articolo 8. Destinatari degli interventi sociali.

Hanno diritto di accedere ai servizi, interventi e prestazioni disciplinati dal presente regolamento i soggetti sottoelencati.

a) Cittadini residenti nei Comuni della Società della Salute.

b) Cittadini di passaggio sul territorio della Società della Salute, bisognosi di interventi non differibili.

c) Donne straniere in stato di gravidanza e nei sei mesi successivi al parto.

d) Stranieri con permesso umanitario di cui all'articolo18 del Dlgs n.286 del 25 luglio 1998; stranieri con permesso di soggiorno di cui all'articolo 41 dello stesso decreto legislativo; stranieri assistibili ai sensi dell'articolo 2 dalla L.R.T.n.29/2009.

e) Richiedenti asilo e rifugiati di cui al DL n.416 del 30/12/1989.

f) Minori, italiani o stranieri, residenti o non residenti. Nel caso di minori non residenti sarà cura del Servizio Sociale prendere opportuni contatti con il Comune di residenza al fine di segnalare la situazione e/o concordare un eventuale piano di intervento.

Tutte le persone dimoranti nel territorio hanno diritto agli interventi di prima assistenza alle condizioni e con i limiti previsti dalle normative vigenti e secondo le procedure definite dalla programmazione regionale e locale.
Gli interventi di prima assistenza riguardano la soddisfazione improcrastinabile di bisogni primari di assistenza e sono rivolti a soggetti in situazione di abbandono, totale deprivazione, violenza psico fisica tale da costituire grave pregiudizio per l'incolumità, la salute e l'esistenza della persona. Tempestivamente viene fatta idonea segnalazione al servizio sociale del Comune di residenza della persona assistita, per concordare le modalità di presa in carico e l'assunzione dei relativi oneri.

Con particolare riferimento agli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, in considerazione dell'importanza del ruolo della famiglia e del sostegno alla domiciliarità, è ammessa la presa in carico e l'erogazione di interventi domiciliari nei confronti di anziani non residenti ma domiciliati presso familiari residenti nel Comuni della Società della Salute, previ accordi con il Comune di residenza.

Articolo 9. Priorità di accesso.

In considerazione della limitatezza delle risorse disponibili, l'acceso prioritario ai

servizi e prestazioni è determinato, nel rispetto dell'articolo 7 comma 6 della Legge Regionale n.41/2005 e smi. In particolare è data la precedenza ai seguenti soggetti:

a) con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per minore età o per inabilità di ordine fisico e/o psichico e la cui rete familiare di riferimento sia totalmente assente o inadeguata;

b) sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali;

c) in condizioni socio-economiche non determinate dalla propria volontà tali da rendere impossibile il soddisfacimento dei bisogni vitali essenziali e indifferibili.

Articolo 10. Segnalazione e valutazione del bisogno

Per accedere alle prestazioni del Servizio Sociale Professionale e del Segretariato Sociale e per una valutazione del bisogno i cittadini possono rivolgersi direttamente alle sedi dei front office presenti nel territorio, nei giorni di apertura indicati oppure tramite appuntamento.

La segnalazione del bisogno può avvenire anche da un familiare, dal medico di medicina generale, dal tutore, dall'amministratore di sostegno.
Nel caso in cui il servizio risulti a tutela del soggetto interessato è possibile attivare un procedimento d'ufficio.

La segnalazione del bisogno, se non si esaurisce con una immediata prestazione di segretariato sociale, avvia il procedimento di presa in carico del caso. Questo attiva un'istruttoria da parte dell'assistente sociale responsabile del caso, tale da consentire l'analisi dei bisogni e delle risorse, al fine di giungere alla definizione, condivisa con il diretto interessato, i suoi familiari ed eventuali soggetti referenti di altri servizi pubblici o privati coinvolti, in un progetto assistenziale individualizzato, in cui vengono difiniti tra l'altro, i servizi, le prestazioni e gli interventi da erogare.

Il percorso di presa in carico di un bisogno complesso, di natura socio sanitaria, comporta l'attivazione di una valutazione multidimensionale, a cura di una commissione e/o equipe multi professionale.

Il percorso di presa in carico di soggetti ultrasessantacinquenni non autosufficienti e dei disabili in condizioni di gravità viene definito nella parte terza del presente regolamento.

Articolo 11. Progetto assistenziale individualizzato.

Elementi fondamentali del percorso assistenziale sono la personalizzazione degli interventi e la presa in carico dell'individuo attraverso un progetto condiviso, in una logica di sussidiarietà.

Nel progetto assistenziale individualizzato (PAI) sono analizzati i bisogni segnalati ma anche quelli rilevati dall'assistente sociale responsabile del caso, sono definiti gli obiettivi generali e specifici, i tempi di realizzazione, vengono individuate e definite le risorse attivabili dalla rete familiare e relazionale del soggetto, quelle fruibili nel privato sociale della rete del territorio, gli interventi pubblici idonei e disponibili, e le loro modalità di erogazione, il piano delle attività, i tempi e i modi di verifica dei risultati.

Nell'elaborazione del progetto è imprescindibile la condivisione degli obiettivi e dei contenuti con la persona assistita e i suoi familiari, la valutazione di tutte le alternative possibili, propedeutica all'individuazione degli interventi più appropriati, il consenso informato al piano di intervento.

Il progetto può essere definito, se necessario, con l'apporto multiprofessionale, in apposite equipe multidisciplinari o monodisciplinari, eventualmente strutturate in forma di commissione. In tali casi si predispone in caso di anziani non autosufficienti il piano assistenziale prsonalizzato (PAP) o per il disabili, il piano assistenziale riabilitativo globale (PARG).

Nell'ambito dell'equipe multidisciplinare o della commisiione viene individuato, sulla base del bisogno prevalente, il professionista responsabile del caso (case manager/care manager).

La proposta di progetto viene presentata dal responsabile del caso al responsabile del settore per l'autorizzazione alla spesa e solo dopo può essere formalizzato. A tale fine al progetto viene allegata una sezione denominata "patto di adesione" che sintetizza i contenuti del PAI e riepiloga i reciproci impegni e che viene sottoscritta tra la persona assistita, un eventuale familiare referente del progetto, e il responsabile del caso, referente per l'ente.

La conclusione del progetto per il raggiungimento degli obiettivi ivi previsti comporta la dimissione fisiologia dal servizio; il mancato rispetto degli impegni assunti da parte dell'assistito può comportare la dimissione forzata dal servizio.

Dalla segnalazione del bisogno alla definizione del progetto non possono decorrere più di 30 giorni; i tempi per la produzione di documentazione da parte dell'utente

sospendono i tempi del procedimento.

Articolo 12. La valutazione della condizione economica e compartecipazione al costo dei servizi.

L'accesso ai servizi, interventi e prestazioni in ambito socio assistenziale e socio sanitario è universalistico.
La valutazione della situazione economica non è criterio per l'accesso ai servizi, ma seleziona l'accesso a benefici economici, quali contributi economici ed esenzioni totali o parziali dalla compartecipazione al costo dei servizi.

In tal senso, nel caso in cui il PAI/PAP/PARG preveda la possibile erogazione di un contributo economico e/o agevolazione tariffaria, la concessione dei medesimi è condizionata all'esito della valutazione della situazione economica del richiedente.
Tale valutazione è basata, per tutti i servizi e prestazioni oggetto del presente regolamento sull'indicatore della situazione econonica equivalente (Isee). L'Isee, disciplinato dal DPCM n.159/2013 e smi è la modalità prevista per definire la situazione economica di chi richiede l'erogazione di prestazioni sociale agevolate e per la definizione della compartecipazione al costo dei servizi.

Ai sensi del DPCM 159/2013 e smi, accanto all'Isee possono essere previsti ulteriori criteri di selezione dei beneficiari stabiliti annualmente dalla Giunta Esecutiva della Società della Salute.

In casi di servizi socio assistenziali e socio sanitari rivolti a minori, anche per favorire l'attivazione di interventi imposti dall'autorrità giudiziaria, possono essere derogate le regole sulla valutazione economica del nucleo familiare di riferimento.

Vengono effettuate indagini e controlli secondo le vigenti disposizioni normative ed in particolare secono l'articolo 11, comma 6 del DPCM n.159/2013 e smi.

I livelli di compartecipazione al costo dei servizi, le soglie di esenzione e non esenzione sono definite con apposito atto denominato "Disposizioni attuative"di cui al successivo articolo 15.
La mancata presentazione dell'Isee comporta la fruizione del servizio a compartecipazione totalmente a carico degli utenti.

Articolo 13. Rivalsa.

Nei casi in cui è previsto il concorso delle risorse pubbliche al pagamento del costo dei servizi, la Società della Salute può presentare azione di rivalsa nei confronti degli interessati e/o dei familiari e/o degli eredi.

Articolo 14. Sospensione e revoca delle prestazioni.

La prestazione può essere revocata, modificata o sospesa per i seguenti motivi:

a) non adempimento degli impegni assunti da partre dell'interessato con il progetto di assistenza individualizzato;

b) in caso di modifica delle condizioni socio economiche che l'utente medesimo, o in caso di decesso, i suoi familiari, sono tenuti a darne tempestiva comunicazione.

Nel caso di inadempienza al pagamento della quota di compartecipazione al costo del servizio, il dirigente competente può provvedere, entro 60 giorni, alla sospensione del servizio.

Articolo 15. Disposizioni attuative.

I servizi offerti, i livelli di compartecipazione ai costi dei servizi, l'entità dei contributi economici e la definizione organizzativa delle procedure d'accesso e di controllo vengono definiti con apposito atto denominato "Disposizioni attuative" in coerenza con i principi fissati dal presente regolamento, con gli atti di programmazione della Società della Salute e con le risorse disponibili.

I livelli di compartecipazione sono determinati sulla base delle norme vigenti, del costo dei sevizi, delle risorse disponibili, dei livelli di assistenza e di sostenibilità che si intendono garantire e del programma delle attività.
Le Disposizioni attuative vengono approvate dalla Giunta della Società della Salute.

Articolo 16. I rapporti con il cittadino.

I rapporti con il cittadino sono improntati al rispetto della trasparenza delle procedure, del rispetto della volontà e dei progetti di vita della persona, dell'efficienza dell'azione amministrativa e della tutela della riservatezza.

Tutti gli utenti dei servizi di cui al presente regolamento devono essere informati sulla disponibilità delle prestazioni pubbliche e private esistenti, sui requisiti per l'accesso e sulle modalità di erogazione delle stesse.

PARTE II
AREA SOCIO ASSISTENZIALE.

Articolo 17. Segretariato sociale.

Il Segretariato sociale rappresenta il primo livello essenziale di assistenza, nonchè la sede di primo accesso ed ascolto del cittadino che presenta uno stato di bisogno.

Il Segretariato Sociale è volto a fornire notizie sulle risorse locali e sulle prassi per accedervi, in modo da offrire un aiuto per la corretta utilizzazione dei servizio.
Fornisce le seguenti prestazioni:

a) ascolto;

b) informazionmi sulle risorse del territorio, sui servizi, sugli enti e i relativi requisiti, modalità e prassi per accedervi;

c) consulenza;

d) prima valutazione del bisogno del cittadino finalizzata all'invio al servizio di competenza per la presa in carico.

L'obiettivo del Segretariato Sociale è quello di garantire l'accesso informato e la fruizione appropriata e condivisa delle prestazioni e dei servizi dei soggetti della rete.

Il Segretariato Sociale viene fornito gratuitamente a tutti i cittadini.

Articolo 18. Settori di intervento.

Gli interventi di seguito indicati, costituiscono le prestazioni socio assistenziali erogabili sotto forma di beni e servizi per il raggiungimento degli obiettivi in relazione a quanto previsto dal piano assistenziale individualizzato, secondo le catratteristiche e i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale.

Interventi a favore dei minori e della famiglia.
Vengono erogati servizi e concessi benefici ed agevolazioni rivolti ai genitori, con figli minori, che si trovino in difficoltà economiche, psicologiche, relazionali o sociali per sostenere il ruolo della famiglia.

Sostegno ed autonomia per i cittadini con disabilità.
Per rispondere ai bisogni dei soggetti in condizione di handicap la Società della Salute dispone servizi articolati in modo da consentire l'autonomia personale e

l'integrazione sociale

Sostegno ed autonomia alle persone anziane.
Si attuano interventi tesi a garantire la qualità della vita e a prevenire gli stati di emarginazione attraverso interventi individualizzati svolti a domicilio e non, e prestazioni socio assistenziali.

Inclusione sociale e contrasto alla povertà.
L'erogazione di servizi ed interventi socio- assistenziali si pone l'obiettivo di individuare ed intervenire sui fattori che possono portare a fenomeni di impoverimento e di esclusione sociale. Per far fronte a situazioni di povertà estrema, la Società della Salute attiva e rafforza le risorse presenti sul territorio attraverso convenzioni o altre forme di collaborazione con organismi pubblici e/o privati in grado di realizzare forme di solidarietà, di socialità e di sostegno alle capacità relazionali.

Articolo 19. Tipologia di servizi interventi e prestazioni.

Per consentire a ciascun cittadino di accedere alle prestazioni, anche di tipo economico ed ai servizi destinati al superamento delle situazioni di bisogno e di difficoltà e volti al sostegno dell'autonomia e dell'integrazione sociale, la Società della Salute prevede i seguenti servizi e prestazioni.

Interventi di sostegno economico.

Interventi a sostegno della domiciliarità.

Prestazioni di assistenza socio educativa.

Affido familiare.

Servizio adozioni

Inserimenti socio riabilitativi in ambiente di lavoro.

Attività di socializzazione per disabili.

Supporto alla genitorialità e alle responsabilità familiari.

Servizi semiresidenziali.

Servizi residenziali.

Articolo 20 Interventi di sostegno economico.

Gli interventi di sostegno economico si prefigurano come uno degli strumenti del Servizio Sociale orientato alle attività di prevenzione, protezione e promozione nei confronti di cittadini e/o nuclei in situazioni di disagio e di marginalità generati da insufficienza di reddito tale da non garantire il soddisfacimento di bisogni accertati.

Le prestazioni economiche vanno ad integrare le provvidenze erogate da un'articolata rete di soggetti pubblici che, secondo il principio di sussidiarietà concorrono a supportare famiglie o singoli in condizioni di indigenza e di disagio socio economico.

Tali interventi, volti a superare situazioni di bisogno e a stimolare nel richiedente la capacità di crescita nella risoluzioone dei propri problemi, non costuituiscono un diritto in senso assoluto, hanno carattere integrativo e non sostitutivo del reddito familiare e sono legati alla definizione di un preciso progetto assistenziale individualizzato.

Il ricorso a tali prestazioni deve essere limitato alle situazioni in cui non sia possibile, o risulti inappropriata, l'attivazione di altri interventi.

Contributi economici di integrazione al reddito.
I contributi economici ordinari di integrazione al reddito, sono a carattere temporaneo e vengono erogati a favore di singoli o famiglie in condizioni economiche al di sotto dei parametri di reddito stabiliti nel regolamento Isee e nelle disposizioni attuative.

I contributi economici straordinari vengono erogati in presenza di un reale stato di indigenza e/o bisogno documentato e accertato per il quale si rende necessario un intervento indifferibile nel tempo e sono finalizzati a supportare il cittadino e la sua famiglia in presenza di eventi eccezionali che possono pregiudicare il normale andamento della condizione familiare in tutti i suoi aspetti. I contributi economici straordinari vengono erogati in linea di massima sotto forma di una tantum. In presenza di ulteriori contributi ordinari la somma totale delle due tipologie di contributi non può superare l'importo massimo stabilito.

Per ogni erogazione il Servizio Sociale Professionale verificherà preventivamente che il singolo o il nucleo familiare adempiano agli impegni stabiliti nel PAI concordato e verificherà il corretto impiego del contributo per la finalità prevista.
Ogni spesa dovrà essere debitamente documentata dal richiedente.

Contributi finalizzati.
Contributi per disabili finalizzati all'aiuto personale.

Il contributo è diretto ai cittadini in temporanea o permanente grave limitazione dell'autonomia personale non superabile attraverso la fornitura di sussidi tecnici, informatici, protesi o altre forme di sostegno rivolte a facilitare l'autosufficienza e le possibilità di integrazione dei cittadini stessi. Il contributo viene erogato al disabile assistito da care giver professionale con regolare contratto di lavoro ovvero da care giver familiare che per garantire l'assistenza non svolga alcuna attività lavorativa, secondo quanto previsto nel PARG. Sono esclusi dalle prestazioni di aiuto personale le persone ricoverate in strutture socio sanirarie e socio assistenziali a carattere residenziale.

Contributi per indigenti di passaggio.
In favore di persone di passaggio sul territorio, prive di reddito e in situazione di estrema urgenza si possono concedere i seguenti contributi: un minimo di beni di conforto, l'acquisto di un titolo di trasporto per consentire il rientro presso il luogo di residenza o di provenienza.

Contributi per affidamenti familiari.
A sostegno delle famiglie o persone affidatarie è prevista l'erogazione di un contributo economico al fine di riconoscere la natura dell'opera svolta dagli affidatari e di concorrere a rimuovere eventuali impedimenti economici che dovessero ostacolare famiglie e/o persone disponibili ed idonee ad impegnarsi nell'affidamento secondo quanto previsto dalla normativa regionale (Delibera del Consiglio Regioanle Toscano 21 settembre 1993 n.364). Gli importi dei contributi ed i criteri di erogazione sono riportati annualmente nelle disposzioni attuative.
Il contributo può essere aumentato quando ricorrono situazioni complesse, per problematiche di natura diversa che comportino spese rilevanti per la famiglia o la persona affidataria.

Il contributo economico consiste nell'erogazione di una somma di denaro, tuttavia la necessaria personalizzazione degli interventi potrà consentire al responsabile del caso, d'intesa con l'utente, di definire nel progetto assistenziale individualizzato una modalità diversa e più flessibile. Si potranno per esempio, erogare buoni per l'acquisto di beni o servizi, oppure individuare il contributo quale anticipazione a titolo di prestito sull'onore, definendo nel piano assistenziale individualizzato il relativo piano di rientro.

Il beneficiario è tenuto a comunicare tempestivamente al servizio l'eventuale variazione della situazione economica ai fini della ridefinizione del contributo.

Articolo 21. Assistenza domiciliare.

Il servizio di assistenza domiciliare è volto a dare risposte assistenziali di tipo sociale

al fine di garantire al cittadino autonomia di vita nella propria abitazione e nel proprio ambiente familiare, di prevenire e rimuovere situazioni di bisogno e di evitare, per quanto possibile, la sua istituzionalizzazione.

Gli interventi di assistenza domiciliare hanno come obiettivo principale quello di contrastare l'istituzionalizzazione e l'emarginazione di categorie di persone svantaggiate, quali gli anziani, gli inabili e i nuclei familiari con minori in situazioni di disagio e di rischio sociale.

Tale servizio intende favorire per quanto possibile, la permanenza del soggetto nel proprio nucleo familiare e sociale, promuovendo la massima attivazione delle capacità e delle risorse residue. Assicura quindi all'utente, attraverso l'adozione di adeguati strumenti di valutazione del bisogno, interventi che gli permettano di mantenere il legame con il proprio contesto di vita e di continuare a coltivare relazioni affettive, familiari e sociali indispensabili per vivere in maniera autonoma.

Gli interventi di assistenza domiciliare sono destinati: a) agli anziani b) ai cittadini disabili con ridotta autonomia personale c) alle persone che si trovano in situazioni di grave marginalità ed isolamento sociale d) ad individui con gravi e certificate patologie, sia croniche che acute e) a nuclei familiari con minori in situazioni di disagio e di rischio sociale.

Le prestazioni di assistenza domiciliare offerte consistono in : prestazioni di supporto all'igiene alla persona, alla pulizia dell'alloggio, alla cura dell'alimentazione, alla socializzazione, attività di relazione con la persona e con le reti familiari e sociali di riferimento, attività finalizzate al mantenimento delle abilità personali.

Nel progetto assistenziale individualizzato, vengono individuate le prestazioni di assistenza domiciliare, il piano delle attività, la durata, i tempi e i modi di erogazione del servizio, i momenti di verifica e i relativi indicatori di efficacia.

In caso di insufficienza delle risorse disponibili, i casi sono valutati dando priorità ai seguenti elementi: a) situazione familiare, b) gravità della condizione socio assistenziale, c) situazione economica.

Eventuali altre prestazioni di assistenza domiciliare, quali l'aiuto nel favorire la socializzazione (accompagnamento dell'utente presso strutture sociali, sanitarie, religiose, rapporti con le strutture ricreative e culturali del territorio) possono essere offerte anche previa stipulazione di apposite convenzioni con le Associazioni presenti nel territorio.

Articolo 22 Trasporto sociale.

Al fine di favorire la socializzazione, il recupero e di inserire i cittadini in condizioni di isolamento e fragilità in contesti esterni al nucleo familiare, il progetto assistenziale individualizzato può prevedere l'erogazione di servizi di trasporto sociale anche gestiti dalle Associazioni di Volontariato presenti nel territorio.

Gli interventi sono destinati a: a) soggetti portatori di handicap; b) anziani non autosufficienti; c) minori appartenenti a famiglie con disagio; d) adulti ed anziani fragili in difficoltà.

Articolo 23. Assistenza socio educativa.

L'assistenza socio educativa si attua attraverso la consulenza psico sociale ed interventi educativi di sostegno al singolo, alla famiglia o a gruppi di soggetti promuovendo un progetto volto a contrastare o rimuovere situazioni di crisi e a prevenire e superare situazioni di isolamento, emarginazione, disagio o devianza, mediante il ricorso a risorse sociali, educative, culturali e ricreative.

Il sostegno educativo si esplica mediante l'intervento a domicilio di un educatore il quale, nell'ambito del progetto asssistenziale individualizzato, assicura prestazioni di: a) supporto alla famiglia nei suoi compiti educativi e di cura b) interventi rivolti direttamente al minore per favorirne lo sviluppo personale, i rapporti familiari e sociali, c) attività finalizzate all'acquisizione dell'autononia nella cura della persona; d) attività volte a favorire un corretto inserimento sociale e) accompagnamento ad attività ricreative, sportive, formative.

I soggetti destinatari degli interventi sono:

a) minori disabili che necessitano di sostegno educativo extrascolatico per lo sviluppo delle autonome personali, sociali e di superamento della condizione di possibile emarginazione dovuta alla disabilità fisica, sensoriale e psichica;

b) minori le cui famiglie si trovino in difficoltà anche temporanea nel garantrire cure adeguate ad esercitare la funzione educativa per i quali il servizio sociale preveda interventi rivolti prevalentemente a favorire positive esperienze di socializzazione e di crescita;

c) tutti quei minori che, per motivi diversi, si trovino in situazione di rischio /disagio e per i quali siano previsti incontri protetti, interventi di osservazione nell'ambito di indagini socio familiari, progetti educativi con mandato di supervisione e /o accompagnamento in strutture educative residenziali richiesti dal Tribunale per i

Minorenni o da altra Autorità Giudiziaria.

Tutte le prestazioni socio educative hanno, di norma, carattere temporaneo.

Articolo 24 Affido familiare

L'affido familiare è un istituto temporaneo che, nell'ambito della tutela dell'infanzia e del sostegno alle responsablità familiari, garantisce comunque ai bambini ragazzi che si trovano in una situazione familiare pregiudizievole, l'accoglienza di una famiglia.

L'affidamento familiare può essre: a) consensuale che avviene nel caso in cui la famiglie di origine del minore ha espresso il prorpio consenso all'affidamento del minore; b) giudiziale in attuazione di provvedimenti del Tribunale per i Minorenni.

L'organizzazione del servizio di affidamento familiare si realizza attraverso l'integrazione delle competenze dei Servizi Sociali Territoriali e del Centro Affidi.

Le funzioni del Centro Affidi sono: informazione sull'affido familiare, accoglienza e valutazione degli aspiranti affidatari; creazione gestione e aggiornamento della banca dati di persone disponibili all'affidamento; promozione e coordinamento di iniziative di sensibilizzazione; collaborazione con i servizi socio sanitari per la predisposizione dei progetti di affido.

Articolo 25 .Supporto alla genitorialità e alle responsabilità familiari.

Il servizio è finalizzato all'accoglienza, l'ascolto, la consulenza, il supporto ai genitori in difficoltà a svolgere il compito educativo nei confronti dei figli. Si rivolge a tutti i genitori residenti nei Comuni della Società della Salute
Particolare attenzione è dedicata alle famiglie con adolescenti anche in collaborazione con gli altri servizi territoriali e con le istituzioni scolastiche per fronteggiare il fenomeno dell'evasione scolastica e/o del bullismo. E' inoltre finalizzato al supporto del genitore non affidatario nella costruzione/ricostruzione della relazione con il figlio residente altrove.

Articolo 26. Incontri protetti.

Si attivano prevalentemente su disposizione dell'autorità giudiziaria e si collocano all'interno di un progetto educativo individualizzato e prevedono la collaborazione e l'integrazione dei servizi consultoriali.

Articolo 27. Inserimenti socio riabilitativi in ambiente di lavoro.

Gli inserimenti socio riabilitativi in ambiente di lavoro sono interventi socio assistenziali attivati al fine di facilitare e sostenere il percorso d' integrazione sociale delle persone che abbiano ridotte capacità psicofisiche o che non siano in grado di sostenere una normale attività lavorativa.

Gli inserimenti possono essere attivati in favore di soggetti portatori di handicap accertati ai seni della Legge 104/1992 e previsti nel piano abilitativo riabilitativo globale.

Sono altresì previsti anche per soggetti a rischio di esclusione sociale, previa definizione di appositi atti amministrativi con gli organismi presso cui avviene l'inseriemnto

L'inserimento è legato alla definizione del progetto assistenziale individualizzato.

Si prevede idonea copertuta assicurativa e INAIL per i rischi connesi allo svolgimento dell'attività. Si può prevedere inoltre l'erogazione di un incentivo economcio sulla base dell'impegno previsto dal progetto comunque non superiore all'importo massino annuamlmente definito nelle disposizioni attuative.

Articolo 28. Socializzazione per disabili.

Le attività di socializzazione per disabili, con valenza relazionale, socio riabilitativa e non sanitaria (sportive, ricreative, culturali e di tempo libero con soggetti convenzionati) promuovono interventi di sostegno, processi di autonomia e di integrazione sociale finalizzate anche a contrastare il fenomeno dell'emarginazione.

Di norma possono accedere alle attività di socializzazione i soggetti portatori di handicap certificati ai sensi della legge 104/1992.

Articolo 29. Servizi semiresidenziali.

I servizi semiresidenziali comprendono attività di socializzazione dirette a gruppi di persone per più ore al giorno e per più giorni alla settimana.

Tali servizi, in relazione alle caratteristiche dell'utenza, possono integrare altri interventi ed essere luogo di prevenzione, di educazione, di socializzazione, di promozione culturale, di cura della persona e di sostegno alla famiglia.

I presidi semiresidenziali sono organizzati per tipologia di utenza (minori anziani

disabili).
Le quote di compartecipazione al costo dei servizi sono definite nelle disposizioni attuative di cui all'articolo 15.

Articolo 30. Servizi residenziali.

I servisi residenziali sono finalizzati all'accoglienza, temporanea o stabile, di persone (bambini, ragazzi, giovani, adulti, anziani, disabili) le cui esigenze non possono trovare soluzione adeguata mediante altri interventi.

Per ricovero temporaneo, si intende uno strumento di supporto al mantenimento dell'assistito al proprio domicilio.

Il ricovero definitivo avviene in caso di non autosufficienza e di condizioni di inadeguatezza ambientale e familiare.

Il ricovero in strutture viene disposto, quando questa soluzione rappresenta l'unica modalità possibile per assicurare la dignitosa sopravvivenza di chi si trova in stato di necessità e solo nei casi per i quali non è possibile provvedere con i servizi alternativi.

Nelle disposizioni attuavive vengono definite le modalità di compartecipazione al costo del servizio.

PARTE III
AREA SOCIO SANITARIA.

Articolo 31. Premessa.

Le prestazioni ed i servizi socio sanitari implicano per loro natura, una integrazione organizzativa, professionale e prestazionale da realizzarsi con accordi inter-organizzativi con il distretto sanitario. Questi accordi alcune volte sono disciplinati dalla legge (non autosufficienza) altre volta da regolamenti e accordi distrettuali.

Tali norme e tali accordi disciplinano le modalità di accesso (ad esempio i Punti Insieme) le unità di valutazione multidisciplinare (ACOT, UVM, UVH) e le modalità di erogazione dei servizi (accessi professionali garantiti dall'azienda sanitaria per cure tutelari etc)

Gli articoli seguenti regolano le azioni in capo alla Società della Salute Salute, ma in un'ottica più generale, rinviando specificamente ad atti organizzativi e/o accordi operativi. In osservanza delle norme nazionali e regionali e regolamentari vigenti,

nonchè nel rispetto del principio di universalità di accesso alle prestazioni, la Società della Salute disciplina modalità uniformi per tutta la zona per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie a favore di anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, disabili in condizioni di gravità e casi complessi che necessitano di risposta unitaria e globale al bisogni di salute, prevedendo interventi sanitari e di protezione sociale.

Vengono definiti nelle disposizioni attuative annuali:

a) i criteri di accesso, priorità e precedenza ai servizi, prestazioni, interventi previsti dall'articolo 7 della Legge Regionale n.66/2008, rivolti ad anziani ultrasessantacinquenni, a persone disabili in condizione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3 della Legge n.104/1992, alle persone che presentano bisogni complessi riferibili alle aree dell'integrazione socio sanitaria.

b) i criteri di compartecipazione al costo delle prestazioni.

I protocolli operativi sui percorsi e le procedure di dettaglio sono approvati con appositi atti dirigenziali.

Articolo 32. Soggetti.

La governance del sistema di accesso prevede la presenza dei seguenti presidi istituzionali.

Il Punto unico di accesso, di seguito PUA, livello di coordinamento ed integrazione del sistema socio sanitario di accesso ai servizi.

Le Commissioni valutative multidisciplinari.
Per gli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) è il presidio che opera per la valutazione multidimensionale del bisogno, per la progettazione degli interventi più appropriati al caso attraverso il Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) e per la valutazione dell'efficacia degli interventi.

Per i disabili in condiszioni di gravità, l'Unità di Valutazione Handicap (UVH) è il presidio che opera per la valutazione multidimensionale ed assicura la presa in carico della persona con disabilità.

I Gruppi multiprofessionali operano per le valutazioni multidimensionali di casi complessi, in carico alle aree dell'integrazione socio sanitaria.

Il Responsabile del caso, è la figura professionale che segue il caso durante l'attuazione del PAP/PARG/PAI, ne monitora la rispondenza al bisogno e segnala l'eventuale necessità di rivalutazione e riprogettazione. Il responsabile del caso viene individuato dalle commissioni di cui sioopra tra le figure professionali di riferimento sulla base del bisogno prevalente della persona.

Articolo 33 Segnalazione del bisogno.

I luoghi dell'accesso diffuso assumono rilevanza fondamentale dal punto di vista dell'informazione capillare ai cittadini e alle famiglie circa i percorsi e le risorse di accompagnamento, sostegno e assistenza nei confronti sia delle persone non autosufficienti e disabili in condizioni di gravità, che di soggetti che necessitano di interventi sanitari e sociali integrati.

I Punti Insieme accolgono la segnalazione del bisogno complesso degli anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti inviandola direttamente al PUA, che attuiva l'UVM. Entro trenta giorni dalla segnalazione l'UVM effettua la valutazione e predispone il Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP).

Articolo 34. Valutazione multidimensionale.

Anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.
Per la valutazione del cittadino al quale sia stato riconosciuto un bisogno complesso, la UVM si avvale degli strumenti di rilevazione del bisogno elaborati dalla Regione Toscana.
La valutazione del bisogno avviene, di norma, a domicilio, ad opera di operatori sociali e sanitari con l'utilizzo delle specifiche schede di rilevazione.
I risultati delle valutazioni, prodotti attraverso la compilazione delle schede, sono condivisi in seduta di commissione UVM, ai fini della loro lettura integrata multidimensionale e della definizione del livello di isogravità e del bisogno del cittadino, in coerenza con criteri e meccanismi interpretativi condivisi dalle figure professionali presenti ai fini della predisposizione del PAP.

Disabili in condizioni di gravità.
Per la valutazione del cittadino al quale sia stato riconosciuto un bisogno complesso la UVH si avvale degli strumenti di rilevazione elaborati dalla Regione Toscana o degli strumenti di valutazione del bisogno, propri delle diverse professionalità.
I risultati delle valutazioni, sono condivisi in seduta di commissione UVH ai fini della loro lettura integrata multidimensionale e della definizione del PARG.

Persone con bisogni complessi.
In caso di bisogni per la cui soddisfazione sia richiesto l'apporto di più competenze

professionali, la valutazione degli stessi e la definizione del percorso assistenziale personalizzato sono effettuate con il concorso di tutte le professionalità presenti nei gruppi multiprofessionali attivati per la gestione dei casi complessi.

Articolo 35. Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP)-(PARG)-(PAI)

Il PAP (per gli anziani) e il PARG (per i disabili) ed il PAI vengono predisposti d'intesa tra il diretto interessato o il suo legale rappresentante, la sua famiglia e i componenti delle commissioni di valutazione multidimensionale.

Nel progetto vengono analizzati i bisogni rilevati, sono definiti gli obiettivi (assistenziali, terapeutico riabilitativi, educativio, socio relazionali) i tempi di realizzazione, le prestazioni erogabili in relazione alle risorse, anche territoriali, disponibili, le modalità di erogazione, i tempi di verifica del/dei servizi, gli indicatotri di afficaccia, di risultato ed infine il costo complessivo e laddove prevista la compartecipazione a carico del'utente. Il progetto si perfeziona mediante la sottoscrizione tra le parti presenti alla seduta.

Per la non autosufficienza e la disabilità la fase di eleborazione del PAP/PARG deve concludersi entro trenta giorni dal momento della segnalazione del bisogno presso il Punto Insieme ovvero della segnalazione dall'ospedale in caso di dimissione protetta.

Avverso le decisioni dell'UVM e dell'UVH è possibile proporre ricorso al Direttore della Società della Salute che si pronuncia entro 30 giorni dal ricevimento.

l Direttore della Società della Salute nell'eventuale valutazione sul merito può avvalersi dei responsabili delle singole professionalità coinvolte nella commissione.

Articolo 36. Isogravità e isorisorse per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti.

Attraverso l'utilizzo degli strumenti e dei metodi definiti a livello regionale, l'UVM colloca il soggetto valutato in un livello di isogravità, cui corrispondono omogenei livelli di isorisorse.

Nel rispetto dei principi della normativa vigente vengono garantiti i livelli massimi di isorisorse indicati dal fondo regionale per la non autosufficienza individuati dalla Tabella 4 per il livelli di isogravità 3,4 e 5 di cui alla Delibera della Giuta Regionale Toscana n.370/2010.

Su proposta del PUA, in relazione alle risorse disponibili derivanti dalla compartecipazione degli utenti, delle risorse della Società della Salute e da altre fonti

eventuali, la Società della Salute può procedere alla periodica integrazione di tali livelli.

Articolo 37 Tipologia di servizi e prestazioni.

Assistenza domiciliare integrata.

Assegnazioni economiche per il sostegno alla domiciliarità.

Centri diurni per anziani non autosuffcienti e disabili in gravità

Servizi residenziali a supporto della domiciliarità.

Ricoveri definitivi in RSA e RSD.

Articolo 38 Assistenza domiciliare integrata (ADI)

L'assistenza domiciliare integrata (ADI), coerentemente con la Delibera GRT n.660/2015 è un complesso di prestazioni socio assistenziali (igiene della persona, igiene degli ambienti, preparazione e somministrazione dei pasti, mobilizzazione ed aiuto alla deambulazione, socializzazione, stimolo al mantenimento delle capacità residue) e sanitarie (mediche, infermieristiche, riabilitatiove) prestate al domicilio della persona non autosufficiente anziana e non, per evitare ricoveri impropri e mantenere il paziente nel suo ambinte di vita.

E' destinato:

1. all'anziano ultrasessantacinquenne, fragile, con elevato grado di disabilità e/o non autosuffcienza, inserito in un contesto familiare o sociale capace di collaborare e di integrarsi con il servizio stesso;
2. al malato con patologia cronico-degenerativa;
3. alla persona affetta da disabilità di cui alla Legge 104/1992;
4. alla persona affetta da patologie invalidanti, da gravi fratture o incidenti vascolari acuti, in dimissioni protette da strutture ospedaliere;
5. alla persona con gravi disturbi comportamentali associati alla malattia di Alzheimer e alle gravi demenze senili.

Il PAP o il PARG eventualmente redatti per la programmazione del sevizio di assistenza domiciliare integrata devono fare parte integrante e sostanziale del progetto di assistenza individualizzato.

Il servizio deve essere considerato temporaneo e deve essere sottoposto a verifiche, secondo tempi e modalità previste nel PAP/PARG.

Articolo 39. Assegnazioni economiche per il sostegno alla domiciliarità.

Si considerano forme di sostegno alla domiciliarità i benefici economici a favore delle persone non autosufficienti, erogati nell'ambito del PAP dall'UVM, nei limiti delle isorisorse.

Tra essi si individuano, secondo il nomenclatore regionale: l'assegno di cura e il contributo per assistente familiare.

L'assegno di cura è una forma di incentivazione economica finalizzata a garantire a soggetti anziani non autosufficienti e/o disabili in condizione di gravità 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) secondo quanto previsto dalle disposizioni attuative di cui all'articolo 15.

Il contributo per l'assistente familiare è una provvidenza economica a favore di anziani non autosufficienti versato nel caso in cui le prestazioni assistenziali siano erogate da assistenti familiari regolarmente assunti.

Articolo 40 Centri diurni per anziani non autosufficienti e disabili in condizioni di gravità.

Il centro diurno per anziani è un servizio semiresidenziale, a ciclo diurno, che fornisce interventi a carattere socio sanitario. Ha finalità di prevenire l'istituzionalizzazione e il decadimento psicofisico dell'anziano, di fornire sostegno e sollievo agli anziani e alle loro famiglie. E rivolto ad anziani con diversi profili di autonomia, in stato di disagio socio sanitario, residenti presso il proprio domicilio.

Il centro di socializzazione per persone disabili è un servizio territoriale a ciclo diurno rivolto a persone con disabilità psichica, fisica o plurima, che fornisce interventi integrati di carattere educativo e abilitativo per il mantenimento e lo sviluppo delle capacità residue e dei livelli di autonomia raggiunti.

Il PAP/PARG individua le modalità più appropriate e personalizzate di fruizione del servizio, potendo prevedere, tra l'altro, una frequenza a tampo parziale e a tempo determinato.

La compartecipazione al costo dei servizi avviene sulla base dell'ISEE previsto dalla normativa vigente.

Articolo 41 Servizi residenziali a supporto della domiciliarità.

Il ricovero a tempo determinato è uno strumento di supporto al mantenimento dell'assistito al proprio domicilio ed è previsto sia nel modulo base che nel modulo sopecialistico. Il ricovero può essere temporaneo, di sollievo o di emergenza.

Ricoveri temporanei. L'UVM può prevedere nel PAP un ricovero di sollievo nei seguenti casi: a) anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente, privo di rete familiare e assistenziale, con livello di isogravità da 3 a 5 e di inadeguatezza ambinetale da 0 a 30, salvo diversa valutazione della Commissione UVM; b) anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente, seguito da care gire professionale temporaneamente assente, limitatamente al periodo di indisponibilità del care giver per malattia, ferie, avvicendamento e comunque per non oltre venti giorni all'anno; c) anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente, in lista di attesa per la concessione del titolo di acquisto per l'inserimento definitivo in RSA, decorsi 90 giorni dalla segnalazione del bisogno; d) disabile in condisione di gravità in attesa della disponibilità del posto in RSD/CAP/RSA definitivo.

Ricoveri di sollievo. L'UVM può prevedere nel PAP un ricovero di sollievo nel caso di anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente seguito al domicilio da un care giver familiare. 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.

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

Le disposizioni regionali inerenti il percorso di libera scelta per gli inserimenti in RSA di cui alla Delibera Regionale n.995 del 11.10.2016 si applicano al modulo base. Il costo di riferimento del servizio non può essere superiore a quanto fissato dalla Regione Toscana della Delibera 995/2016 e comunque rideterminato nelle disposizioni attuative.

Articolo 42. Ricoveri definitivi in RSA.

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 sia nel modulo base che nei moduli specialistici.

Ai ricoveri definitivi nel modulo base della RSA si applicano le disposizioni relative al percorso sulla libera scelta di cui alla Delibera Regionale Toscana n.995 del

11.10.2016 "Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti guridici ed economici fra i soggetti pubblici e i 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 di acquisto" nel quale sono indicati il corrispettivo sanitario e sociale utilizzabile per l'acquisto di specifiche prestazioni erogate da strutture residenziali accreditate ai sensi della Legge Regionale n.82/2009.

Qualora il titolo di acquisto non sia immediatamente disponibile la persona viene collocata in lista di attesa.

La persona in possesso del PAP, avuta la comunicazione del diritto al titolo di acquisto da parte dei servizi competenti, effettua la libera scelta 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, nei modi e nei tempi previsti dall'accordo contrattuale medesimo.

Nell'ipotesi in cui la procedura di ammissione in RSA prevista dal contratto tra le parti interessate, non sia conclusa nei tempi ivi previsti per inadempienza dell'assistito, lo stesso è da considerarsi rinunciatario.

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 nel rispetto dei tempi previsti dall'accordo contrattuale.

La struttura non potrà rifiutare l'inserimento di un assistito che abbia esercitato il diritto di scelta, in relazione al quale sia stato autorizzato il titolo di acquisto, compatibilmente con la disponibilità di genere nelle camere plurime.

Solo ed esclusivamente nelle ipotesi in cui l'assistito non sia in grado di operare la scelta o non siano presenti familiari o amministratori di sostegno che possano compierla per conto suo, i servizi competenti procederanno agli inserimenti garantendo la necessaria trasparenza dei meccanismi di individuazione della struttura che dovrà accogliere l'assistito.

Nelle disposizioni attuative sono integrati e precisati termini e modalità del procedimento di ingresso.

Articolo 43. La compartecipazione nei ricoveri definitivi.

Al fine di giungere ad una completa e compiuta realizzazione del sistema della libera scelta, la Regione Toscana ha individuato un importo massimo di riferimento per il corrispettivo sociale del titolo di acquisto in € 53,50 al giorno a copertura dei costi diretti ad assicurare i servizi sufficienti ad ottenere l'accreditamento.

La Società della Salute, nelle disposizioni attuative di cui all'articolo 15, nell'ambito della programmazione territoriale e con gli strumenti previsti, nonchè tenuto conto di quanto definito al comma precedente, determina l'importo massimo del corrispettivo sociale del titolo di acquisto da applicare nei confronti dei cittadini residenti nel territorio di propria competenza.

Nel caso in cui la compartecipazione non copra l'intera quota sociale si concordano modalità di rivalsa sui beni immobili di esclusiva disponibilità del ricoverato, ovvero di iscrizione a ruolo di un credito che trovi soddisfazione nell'asse ereditario. Tale possibilità viene concordata tra l'UVM e l'assistito all'interno del PAP, d'intesa con il Comune dell'ultima residenza del ricoverato secondo le modalità definite nelle disposizioni attuative di cui all'articolo 15.

Il costo del servizio è pari al corrispettivo sociale del titolo di acquisto previsto dall'accordo contrattuale, stipulato con la struttura scelta dall'assistito.

Articolo 44. Servizi residenziali per disabili in condizione di gravità.

Si distinguono quattro possbili forme di ricovero in strutture residenziali per disabili in condizioni di gravità.

Il ricovero temporaneo rivolto a disabili in condizioni di gravità in attesa della disponibilità o del posto in RSD/CAP definitivo laddove la permanenza a domicilio non sia la risposta appropriata per la condizione dell'assistito.

Nel caso di indifferibilità dell'intervento e indisponibilità del posto in RSD, il ricovero può essere eccezionalmente disposto in RSA, qualora la patologia sia compatibile con la normativa regionale vigente.

Il ricovero di emergenza, destinato a disabili in condizioni di gravità assistiti a domicilio da un care giver professionale temporaneamente assente, limitatamente al periodo di assenza.

Il ricovero di sollievo, rivolto ai disabili in condizione di gravità seguiti a domicilio da un care giver familiare, al fine di dare temporaneo sollievo o consentire

l'effettuazione di periodi di riposo o ferie al care giver familiare o professionale.

Il ricovero definitivo, riservato ai disabili in condizioni di gravità non più assistibili a domicilio. Il ricovero può essere disposto anche in RSA, qualora la patologia sia compatibile con la normativa regionale vigente.

Articolo 45. Compartecipazione al costo dei servizi per disabili in condizioni di gravità.

Nei ricoveri di cui all'articolo precedente il soggetto compartecipa, salvo diversa e motivata valutazione, al pagamento della quota sociale della struttura secondo le modalità definite nelle disposizioni attuative di cui all'articolo 15.

Articolo 46. Norma finale.

Sulla base della valutazione dell'applicazione del presente regolamento e degli eventuali interventi normativi regionali in materia, la Società della Salute provvede alla sua revisione periodica.