



SOCIETA' DELLA SALUTE
AREA PRATESE
 Sede Legale Piazza del Comune n. 2 - 59100 PRATO
 Sede Operativa Via Roma n. 101 - 59100 PRATO
 Codice Fiscale 01975410976

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA ESECUTIVA
N. 03 DEL 20 FEBBRAIO 2023

Oggetto: "Regolamento del percorso di accesso ai servizi socio sanitari per le aree della non autosufficienza e della disabilità; funzionamento delle unità di valutazione multidisciplinari per le persone con disabilità (UVMD) e per le persone anziane non autosufficienti (UVM)". Approvazione.

L'anno **DUEMILAVENTITRE** e questo giorno **VENTI** del mese di **FEBBRAIO** alle ore **16,00** presso la Sala Conferenze della sede della SdS Area Pratese in Via Roma n. 101 a Prato, si è riunita la Giunta Esecutiva della Società della Salute convocata nelle forme previste dallo Statuto

Allegato parte integrante e sostanziale: Regolamento del percorso di accesso ai servizi socio sanitari per le aree della non autosufficienza e della disabilità; funzionamento delle unità di valutazione multidisciplinari per le persone con disabilità (UVMD) e per le persone anziane non autosufficienti (UVM)".

Ente rappresentato	Nome e Cognome	Carica	Quote	Presenti	Assenti
AUSL Toscana Centro	Rossella Boldrini	Direttore Servizi Sociali su delega Dirett. Gen.AUSL Toscana Centro	33,33	X	
Comune di Prato	Simone Faggi	Assessore delegato	50,41	X	
Comune di Montemurlo	Alberto Fanti	Assessore delegato	4,87	X	
Comune di Cantagallo, Vaiano e Vernio	Primo Bosi	Sindaco di Vaiano	0,80 +2,60+ 1,57	X	
Comune di Poggio a Caiano e Carmignano	Maria Teresa Federico	Assessore delegato	2,58 + 3,84	X	
Il Presidente Simone Faggi <i>(firmato in originale)</i>		Ufficio proponente: Società della Salute Area Pratese			
Il Direttore Dott. ssa Lorena Paganelli <i>(firmato in originale)</i>		Estensore: Dott.ssa Sandra Di Rocco			

Presiede la seduta **Simone Faggi**, nella sua qualità di **Presidente**

IL PRESIDENTE
Simone Faggi

IL DIRETTORE
Lorena Paganelli

Preso atto che il Sindaco **Primo Bosi** del Comune di Vaiano, ha provveduto a delegare l'Assessore Simone Faggi , causa assenza

E' presente **il Collegio Sindacale**, nelle persone dei componenti **Guido Mazzoni e Gabriella Massagni**

Assiste il **Direttore della SdS, Dott. ssa Lorena Paganelli**, incaricato della redazione del presente verbale, ai sensi dell'art.15 dello Statuto del Consorzio SdS

Accertato il numero legale degli intervenuti, dichiara aperta la seduta ed invita i presenti all'esame dell'argomento indicato in oggetto:

LA GIUNTA ESECUTIVA

CONSIDERATO che in data 19.03.2015 con atto ai rogiti del Segretario Comunale del Comune di Prato, Repertorio N° 31548 i Comuni di Prato, Poggio a Caiano, Montemurlo, Carmignano, Vernio, Vaiano e Cantagallo e l'Azienda USL 4 di Prato hanno sottoscritto gli atti costitutivi (Statuto e Convenzione) del nuovo Consorzio Società della Salute Area Pratese;

RICHIAMATA la Deliberazione di Assemblea SdS n. 31 del 07.12.2022 con la quale veniva ricostituita l'Assemblea del Consorzio SdS Area Pratese ed eletto il Presidente, Simone Faggi;

RICHIAMATA la Deliberazione di Assemblea SDS n. 32 del 07.12.2022 "Elezione della Giunta Esecutiva della SdS Area Pratese";

VISTO il Decreto del Presidente della Società della Salute Pratese n. 2 del 30.06.2021, con il quale alla Dott.ssa Lorena Paganelli è stato rinnovato l'incarico di Direttore del Consorzio Società della Salute Pratese;

VISTO l'art. 71 bis L.R. 40/2005 e s.m.i. comma 3 lettera c) e d) il quale prevede che la Società della Salute eserciti le funzioni di *"organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui all'articolo 3 septies, comma 3 del decreto delegato, individuate dal piano sanitario e sociale integrato regionale"* e *"organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale individuate ai sensi degli indirizzi contenuti nel piano sanitario e sociale integrato regionale"*;

VISTA la Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario nazionale" e successive modificazioni che al Capo III bis "Società della salute" disciplina finalità, funzioni e assetti organizzativi delle Società della salute in Toscana;

VISTA la "Convenzione per la gestione in forma diretta da parte della SdS Area Pratese delle attività socio assistenziali e di quelle socio sanitarie afferenti le aree della disabilità e della non autosufficienza ai sensi dell'art. 71 bis, comma 3, lett. c) e d) L.R. 40/2005 e s.m.i.", approvata con la Deliberazione di Assemblea dei Soci n. 25 del 05/12/2018, sottoscritta da tutti gli Enti consorziati in data 07.03.2019 - Repertorio SdS Area Pratese n. 1 del 07/03/2019;

VISTA la Delibera 33 del 25.10.2021 "Convenzione per la gestione in forma diretta da parte della SdS Area Pratese delle attività socio assistenziali e di quelle socio sanitarie afferenti le aree della disabilità e della non autosufficienza ai sensi dell'art. 71 bis, comma 3, lett. c) e d) L.R. 40/2005 e s.m.i.", approvata con la Deliberazione di Assemblea dei Soci n. 25 del 05/12/2018, sottoscritta da tutti gli Enti consorziati in data 07.03.2019 - Repertorio SdS Area Pratese n. 1 del 07/03/2019. Elenco servizi e attività in gestione diretta dal 01.01.2022.";

VISTA la Legge Regionale n. 40 del 2005 "Disciplina del Servizio sanitario regionale" e successive modifiche, che detta i principi e le regole di funzionamento e di accesso al sistema sanitario nella Regione Toscana;

VISTA la Legge Regionale n. 41 del 2005 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" e smi;

VISTA la Deliberazione n. 73 del 9.10.2019 di approvazione del “Piano Sanitario e Sociale Integrato 2018/2020”;

VISTO il Piano Integrato di Salute 2020-2022, approvato con Delibera di Assemblea della SdS Area Pratese n. 6 del 26 febbraio 2020;

VISTA la Delibera di Assemblea SdS n. 2 del 21 febbraio 2022 con la quale si approva il Piano Operativo Annuale 2022;

PRESO ATTO della Deliberazione di Giunta esecutiva SdS n. 26 del 23/06/2021 con la quale vengono modificati, alla luce della gestione diretta da parte del Consorzio SdS, l’Organigramma ed il Regolamento di Organizzazione del Consorzio;

VISTA la Delibera di Assemblea SdS n. 41 del 23/12/2022 “Approvazione del Bilancio economico preventivo 2023/2024/2025”;

PRESO ATTO della Delibera di Assemblea SdS n. 42 del 23/12/2022 con la quale si approva il prospetto di Budget 2023 dei servizi socio assistenziali e socio sanitari da sviluppare nell’area pratese nel 2023;

VISTA la Delibera Giunta Esecutiva della SdS n. 4 del 04/04/2017 “Approvazione regolamento di contabilità della SdS Area Pratese”;

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

RICHIAMATA la Legge 5 febbraio 1992, n. 104 “Legge quadro per l’assistenza e l’integrazione sociale dei diritti delle persone handicappate” che prevede, quali principi qualificanti, il pieno rispetto dei diritti di libertà e di autonomia delle persone con disabilità, promuovendone l’integrazione nella famiglia, nella scuola e nel lavoro, anche attraverso la previsione di interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale;

VISTO il 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;

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

CONSIDERATO il DPCM 3 ottobre 2022 Adozione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024;

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

VISTA la Delibera della Giunta Regionale Toscana n 370 del 22.3.2010 “Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente”;

VISTO il Decreto Dirigenziale Regione Toscana n. 1354 del 25.3.2010 Procedure di valutazione multidimensionale persona anziana non autosufficiente;

VISTO il Decreto Dirigenziale Regione Toscana n. 2259 del 21.5.2012 Approvazione nuove schede di valutazione sociale e infermieristica in sostituzione delle medesime schede approvate con decreto dirigenziale n. 1354/2010 e s.m.i.

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1449/2017 “Percorso di attuazione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità: il Progetto di vita” con la quale la Regione Toscana delinea il modello regionale di Presa in carico della persona con disabilità che vede coinvolti direttamente i soggetti pubblici del sistema (Azienda Usl, Zone Distretto, SdS e Comuni), prevedendo che “la fase valutativa, nella quale deve essere attivamente coinvolta la persona, la famiglia o chi ne cura gli interessi, è svolta dalla equipe multidisciplinare di zona, la UVM disabilità, stabile e dedicata, composta da tutte le professionalità sanitarie e sociali che operano nell’area della disabilità, nonché integrata dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta della persona e dalle professionalità specialistiche aziendali necessarie”;

CONSIDERATA la Delibera della Giunta Regionale 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” che definisce il modello organizzativo della presa in carico integrata della persona con disabilità;

VISTA la Delibera della Giunta Regionale n. 1055 del 11/10/2021 “Il modello regionale del Percorso di presa in carico della persona con disabilità: approvazione strumenti, procedure e metodologie, in attuazione della DGR 1449/2017”;

VISTA la Delibera ASL Toscana Centro n. 1460/2019 - Profili di armonizzazione dei progetti per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente nelle Zone/SdS della Az Toscana Centro;

CONSIDERATA la Delibera del Direttore Generale ASL Toscana Centro n. 1492 del 7/10/2021 “Approvazione linee guida per la predisposizione dei Regolamenti zonali relativi al percorso per la presa in carico della persona disabile ed al funzionamento delle Unità di Valutazione Multidisciplinari Disabilità (UVMD) di Zona Distretto dell’Azienda Usl Toscana Centro”;

VISTO il Provvedimento del Direttore n. 37 del 8/19/2019 “Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità per il percorso di valutazione e presa in carico della Persone con Disabilità (UVMD) della Zona/SdS Area Pratese. Costituzione” che approva il documento di “Costituzione della Unita’ di Valutazione Multidisciplinare Disabilità’ (UVMD) della Zona/SdS Area Pratese”;

PRESO ATTO che, a seguito delle trasformazioni legislative, si rende necessario approvare un nuovo “Regolamento del percorso di accesso ai servizi socio sanitari per le aree della non autosufficienza e della disabilità; funzionamento delle Unita’ di Valutazione Multidisciplinari per le persone con disabilità’ (UVMD) e per le persone anziane non autosufficienti (UVM) della SdS Area Pratese” che sostituisce il documento approvato con Provvedimento n. 37 del del 8/19/2019

che viene abrogato e sostituito dal Regolamento, di cui all'Allegato "A" del presente atto, quale parte integrante e sostanziale dello stesso;

VISTO il Provvedimento n.200 del 2.11.2022 "Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità per il percorso di valutazione e presa in carico della Persone con Disabilità (UVMD) della Zona/ SdS Area Pratese. Costituzione e attribuzione funzioni in qualità di equipe multidisciplinare nell'ambito dei progetti PNRR M5C2 Investimento 1.2."che nomina i componenti (e sostituti) della UVMD in modo da permettere il corretto funzionamento e svolgimento delle sedute;

RITENUTO che il "Regolamento del percorso di accesso ai servizi socio sanitari per le aree della non autosufficienza e della disabilità; funzionamento delle Unità di Valutazione Multidisciplinari per le persone con disabilità (UVMD) e per le persone anziane non autosufficienti (UVM) della SdS Area Pratese", allegato parte integrante, disciplina l'accesso ai percorsi socio-sanitari, l'attivazione della procedura di valutazione, la presa in carico della persona non autosufficiente e della persona con disabilità e la predisposizione del Progetto Personalizzato ai sensi della normativa vigente e nel rispetto degli indirizzi nazionali, regionali, aziendali e della Società della Salute;

VISTO quanto disposto dagli art.71 bis e 71 novies della Legge Regionale n. 40/2005 e s.m.i.;

VISTO l'art. 12 "Funzioni della Giunta Esecutiva" dello Statuto consortile;

VISTO l'art. 9 della Convenzione consortile "Organi Consortili";

VISTO l'art. 48 "Competenze alle Giunte" del D. Lgs. 267/2000;

VISTO l'art. 11 "Giunta Esecutiva – Adunanze e Deliberazioni" dello Statuto consortile, inerente le modalità ed il quorum necessari per la validità delle deliberazioni della Giunta;

VISTO il parere favorevole di regolarità tecnica reso dal Direttore della SdS Pratese ai sensi e per gli effetti dell'art. 49 comma 1 del D. Lgs. 267/2000;

Con votazione unanime dei presenti resa in forma palese;

Ciò premesso e considerato

DELIBERA

per le motivazioni espresse in narrativa:

1. **di approvare** le premesse del presente atto;
2. **di approvare** il "Regolamento del percorso di accesso ai servizi socio sanitari per le aree della non autosufficienza e della disabilità; funzionamento delle unità di valutazione multidisciplinari per le persone con disabilità (UVMD) e per le persone anziane non autosufficienti (UVM)", allegato al presente atto, quale parte integrante e sostanziale dello stesso che sostituisce il documento approvato con Provvedimento n. 37 del del 8/19/2019;
3. **dichiarare** il presente atto immediatamente esecutivo, ai sensi e per gli effetti di legge;
4. **di trasmettere** il presente provvedimento agli Enti che compongono il Consorzio;
5. **di trasmettere** copia del presente atto al Collegio Sindacale;

6. **di dare pubblicità** al presente atto mediante affissione all'Albo on line del Consorzio per la durata di 15 giorni.

REGOLAMENTO DEL PERCORSO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO SANITARI PER LE AREE DELLA NON AUTOSUFFICIENZA E DELLA DISABILITA'; FUNZIONAMENTO DELLE UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARI PER LE PERSONE CON DISABILITA' (UVMD) E PER LE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI (UVM).

Gruppo di Redazione (in ordine alfabetico):

Patrizia Baldi Coordinatore UVMD

Raffaella Bartolini Coordinatore UVM

Apollonia Cannone Coordinatore Area Professionale Disabili SdS Area Pratese

Sandra Di Rocco Coordinatore Sociale SdS Area Pratese

Simona Galli Coordinatore Area Professionale Anziani SdS Area Pratese

Lisa Lupetti Unità Funzionale USLTC Zona Prato

II PRESENTE REGOLAMENTO E' COMPOSTO DA:

- **PARTE GENERALE**
- **ALLEGATO 1: PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ E FUNZIONAMENTO DELL'UVMD**
- **ALLEGATO 2: PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE E FUNZIONAMENTO DELL'UVM**
- **ALLEGATO 3: RIFERIMENTI NORMATIVI**
- **ALLEGATO 4 GLOSSARIO**

INDICE

PARTE GENERALE

Premessa

ART.1 Oggetto

Art. 2. Obiettivi generali e valori ispiratori

Art. 3 Livelli di assistenza

Art. 4 Ambito territoriale della SdS Area Pratese

Art. 5 Integrazione delle politiche per la salute delle persone

Art. 6 Diritto all'informazione

Art. 7 La partecipazione della persona

Art. 8 Associazionismo e cooperazione sociale nella tutela dei soggetti deboli

Art. 9 Criteri, modalità e procedure di accesso alle prestazioni socio-sanitarie

Art. 10 Il Punto Unico di Accesso (PUA): compiti e funzioni

Art. 11 ACOT – Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio

Art. 12 Compartecipazione al costo dei servizi

Art. 13 Liste di attesa

Art. 14 Il Sistema Informativo

ALLEGATO 1 PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ E FUNZIONAMENTO DELL'UVMD

- Art. 1 Finalità e obiettivi
- Art. 2 Destinatari
- Art. 3 Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD)
- Art. 4 Compiti e funzioni dei membri dell'UVMD
- Art. 5 Il profilo di funzionamento e il Progetto di Vita
- Art. 6 Il Budget di salute
- Art. 7 Sede operativa e calendarizzazione delle sedute UVMD
- Art. 8 Priorità d'accesso per la valutazione dell'UVMD

ALLEGATO 2 PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE E FUNZIONAMENTO DELL'UVM

- Art. 1 Finalità e obiettivi
- Art. 2 Destinatari
- Art. 3 Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)
- Art. 4 Compiti e funzioni dei membri dell'UVM
- Art. 5 Il Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP)
- Art. 6 Rivalutazione del PAP e scadenza del PAP
- Art. 7 Sede operativa e calendarizzazione delle sedute UVM
- Art. 8 Priorità d'accesso per la valutazione dell'UVM

ALLEGATO 3 RIFERIMENTI NORMATIVI

ALLEGATO 4 GLOSSARIO

PARTE GENERALE

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 sociosanitari per arrivare a stabilire, a livello regionale, regole ed elementi essenziali e imprescindibili, sulla base delle disposizioni vigenti nazionali e regionali, con l'obiettivo di garantire in maniera uniforme al cittadino la presa in carico e l'erogazione della prestazione sociosanitaria appropriata. In attuazione alla suddetta previsione, il presente documento regolamenta l'accesso ai percorsi socio sanitari integrati con particolare riferimento all'area della non autosufficienza e della disabilità della Società della Salute/Zone Distretto Area Pratese, al fine di garantire omogeneità, coerenza ed equità ai cittadini, salvaguardando allo stesso tempo le specificità territoriali e le diverse esigenze organizzative.

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

Art.1 Oggetto

Il presente "Regolamento del percorso di accesso ai servizi socio sanitari per le aree della non autosufficienza e della disabilità; funzionamento delle Unità di Valutazione Multidisciplinari per le persone con disabilità (UVMD) e per le persone anziane non autosufficienti (UVM) della SdS Area Pratese" (di seguito denominato Regolamento) disciplina l'accesso ai percorsi socio -sanitari, l'attivazione della procedura di valutazione, la presa in carico della persona non autosufficiente e della persona con disabilità e la predisposizione del Progetto Personalizzato ai sensi della normativa vigente e nel rispetto degli indirizzi nazionali, regionali, aziendali e della Società della Salute.

Il presente documento è in linea con il Regolamento SdS approvato con la Deliberazione dell'Assemblea dei Soci dell'SdS Area Pratese n. 23 del 18 maggio 2021 "Regolamento dei servizi, prestazione e interventi socio assistenziali, socio sanitari e di promozione sociale della Società della Salute Area Pratese: Parte Generale; All. A1 "Regolamento per l'erogazione di interventi economici di integrazione al reddito"; All. A2 "Regolamento per la domiciliarità"; All. A3 "Regolamento per la residenzialità".

Art. 2 Obiettivi generali e valori ispiratori

Il sistema socio-assistenziale e socio-sanitario a favore di persone anziane e di persone con disabilità si uniforma ai principi del pieno e inviolabile rispetto della libertà e dignità della persona e dell'inderogabile dovere di solidarietà sociale, garantendo:

- a) il rispetto dei diritti inviolabili della persona, con riferimento anche alle esigenze di riservatezza delle informazioni che riguardano la sua condizione, nel rispetto della libera scelta dell'individuo, come definito dalla normativa vigente in tema di privacy;
- b) l'uguaglianza di opportunità a condizioni e stati di bisogno differenti;
- c) l'uguaglianza di opportunità tra uomo e donna nella valorizzazione della differenza di genere in tutte le espressioni della società;

- d) la valorizzazione delle capacità e delle risorse della persona;
- e) il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e di lavoro, considerando il ricorso ad interventi di istituzionalizzazione come misure di emergenza ed eccezionalità;
- f) la libertà di scelta tra le prestazioni erogabili;
- g) la conoscenza dei percorsi assistenziali, delle procedure e l'informazione sui servizi disponibili;
- h) l'accesso e la fruibilità delle prestazioni in tempi che siano compatibili con i bisogni;
- i) l'individuazione della persona come protagonista e soggetto attivo nell'ambito dei principi di solidarietà, di partecipazione, di auto-organizzazione, di attività promozionali;
- j) il miglioramento della qualità, della quantità e dell'appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone disabili e anziane, nonché la prevenzione delle situazioni di fragilità e di non autosufficienza.

Il sistema integrato socio-assistenziale e socio-sanitario :

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

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

In linea con il percorso normativo regionale e in coerenza con un welfare solidale gli obiettivi a cui tendere sono:

- una piena ed efficace partecipazione e inclusione sociale della persona: garanzia del diritto allo svolgimento di un ruolo attivo nella comunità (inserimento scolastico/lavorativo), partecipazione alla vita culturale, alle attività ricreative, allo sport e al tempo libero, attraverso progetti di inclusione sociale che allochino risorse certe, puntino a risultati definiti nel tempo e riconoscano la possibilità alla persona di esprimere le proprie capacità e, laddove possibile, realizzare una vita indipendente;
- il coinvolgimento della persona e della sua famiglia e/o di un suo rappresentante legale in tutte le fasi del percorso nel rispetto dell'autodeterminazione dell'interessato;
- il diritto alla definizione del profilo di funzionamento e alla valutazione multidimensionale dei bisogni, con modalità e scadenze certe, che costituisca la base di conoscenza della condizione della persona e consenta un'allocazione di risorse, benefici e interventi, al fine di superare la frammentazione, la variabilità di approccio e la ridondanza o sovrapposizione dei diversi percorsi valutativi finalizzati all'erogazione e/o all'attivazione di specifici interventi e servizi;
- la possibilità di accedere a ciò che occorre per il soddisfacimento dei bisogni e delle aspirazioni della persona attraverso la definizione del Progetto che per la persona con disabilità si traduce nel Progetto di Vita e per la persona anziana nel Progetto Assistenziale Personalizzato che diventano dunque strumenti di raggiungimento ma anche di verifica della migliore qualità di vita possibile per la persona.

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

Con il presente Regolamento si intende abrogata la Delibera di Giunta SdS Area Pratese n. 15 del 9/05/2019 “Regolamento di funzionamento dell’Unità di Valutazione Multidisciplinare per il percorso di valutazione e presa in carico della non autosufficienza”.

Il Regolamento è in linea ed integra per le materie specifiche il “Regolamento dei servizi, prestazioni e interventi socio- assistenziali, socio-sanitari e di promozione sociale: Parte Generale; all. 1 -Regolamento per l’erogazione di interventi economici di integrazione al reddito”; all- 2 - Regolamento per la domiciliarità; all. 3 -Regolamento per la residenzialità” approvato con Delibera di Assemblea della SdS n. 23 del 18.05.2021.

Art. 3 Livelli di assistenza

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

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

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

- **Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale:** prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite.
- **Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria:** attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei Comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi e si esplicano attraverso interventi di sostegno e promozione a favore dell’infanzia, dell’adolescenza e responsabilità familiari; interventi per contrastare la povertà; interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l’autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti; interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell’autonomia, non assistibili a domicilio; interventi, anche di natura economica, atti a favorire l’inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza; ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente. Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungo assistenza
- **Prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria** prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono

prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico degenerative. Attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle Aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno sociosanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza.

Nel **DPCM 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art.1, comma 7, del DLG 30/12/1992, n.502”** si definiscono i LEA, vengono indicate le categorie di cittadini a cui è garantita l’assistenza sociosanitaria e descritti gli ambiti di attività e i regimi assistenziali (domicilio, centro diurno, residenza) nei quali sono erogate le prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche, psicologiche, riabilitative, etc.), integrate con le prestazioni sociali.

Le categorie di cittadini sono:

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

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

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

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

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

Art. 4 Ambito territoriale della SdS Area Pratese

Il territorio della Zona Pratese, attraversato dalla valle del fiume Bisenzio, coincide con la Provincia di Prato ed è caratterizzata dalla più alta densità abitativa fra le province toscane e tra le più elevate in Italia. I residenti sono poco più di 265.000, il 16,4% della popolazione dell’ASL TC, di cui il 76% vive nel Comune di Prato, il secondo in Toscana dopo Firenze per numerosità. Il rimanente 24% è distribuito negli altri 6 comuni, di cui Cantagallo, Vaiano e Vernio sono collocati sul versante montano, Montemurlo nella piana in continuità dell’asse metropolitano residenziale Firenze-Prato-Pistoia e Poggio a Caiano e Carmignano, detti anche “comuni medicei”, sul versante collinare sud, orientati verso l’area fiorentina. L’area pratese è tradizionale centro dell’attività tessile regionale e

nazionale, che sta vivendo profonde trasformazioni a seguito dell'ultima crisi economica mondiale e da sempre caratterizzata dalla presenza di manodopera e imprenditoria straniera cinese.

Le disposizioni del presente Regolamento si applicano al territorio della Società della Salute della Area Pratese e quindi ai Comuni di Prato, Vaiano, Vernio, Cantagallo, Montemurlo, Carmignano e Poggio a Caiano.

Art. 5 Integrazione delle politiche per la salute delle persone

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

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

- medico di medicina generale (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS) in qualità di coordinatore dell'attività clinica;
- la rete degli operatori della ASL/Società della Salute/Comuni (medici specialisti, infermieri/e, terapisti/e della riabilitazione, assistenti sociali, altre figure sanitarie e sociosanitarie professionali).

Il percorso assistenziale integrato si deve articolare nelle seguenti fasi:

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

L'integrazione tra gli interventi sanitari e gli interventi sociali deve essere sempre garantita.

Art. 6 Diritto all'informazione

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

I/le cittadini/e hanno diritto:

- ad essere informati/e sui propri diritti in rapporto ai servizi di assistenza sociale e sociosanitaria;
- ad esprimere il consenso sul tipo di prestazione, salvo i casi previsti dalla legge;
- a partecipare alla scelta delle prestazioni, percorsi e interventi, compatibilmente con le disponibilità esistenti nell'ambito territoriale;

- ad essere garantiti/e nella riservatezza e nella facoltà di presentare osservazioni ed opposizioni nei confronti dei responsabili dei servizi e dei procedimenti nonché ad ottenere le debite risposte motivate;
- alla semplificazione delle procedure mediante l'uso di dichiarazioni sostitutive di certificazione ai sensi del DPR 445 del 28/12/2000 e successive modifiche e integrazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 7 La partecipazione della persona

La partecipazione della persona alle fasi di valutazione e definizione del Progetto Personalizzato è essenziale e strategica rispetto all'efficacia dello stesso e deve essere pratica valorizzata e quanto più estesa possibile all'interno di questo percorso. A tal fine deve essere ricercato e assicurato il massimo coinvolgimento della persona valutata (e della famiglia) per la condivisione del percorso assistenziale appropriato tenendo conto delle sue aspirazioni di vita.

La partecipazione della persona o il coinvolgimento della famiglia, del legale rappresentante (tutore, curatore e/o amministratore di sostegno) è assicurata con modalità definite prevedendo tre momenti di condivisione:

- nella fase istruttoria, nella quale sono indagati i bisogni e le aspettative;
- nella condivisione del Progetto Personalizzato al fine del coinvolgimento attivo e consapevole della persona, o di un suo delegato, nella definizione dello stesso;
- nella conseguente attivazione del Progetto.

Art. 8 Associazionismo e cooperazione sociale nella tutela dei soggetti deboli

La SdS riconosce e agevola il ruolo degli organismi di volontariato, degli organismi della cooperazione sociale, delle associazioni e degli altri soggetti privati senza scopo di lucro, operanti nel settore, che svolgono la propria attività nell'organizzazione e nella gestione del sistema integrato. La SdS assicura il coinvolgimento attivo degli enti del terzo settore, attraverso forme di co-programmazione e co-progettazione, poste in essere ai sensi delle normative regionali vigenti in materia.

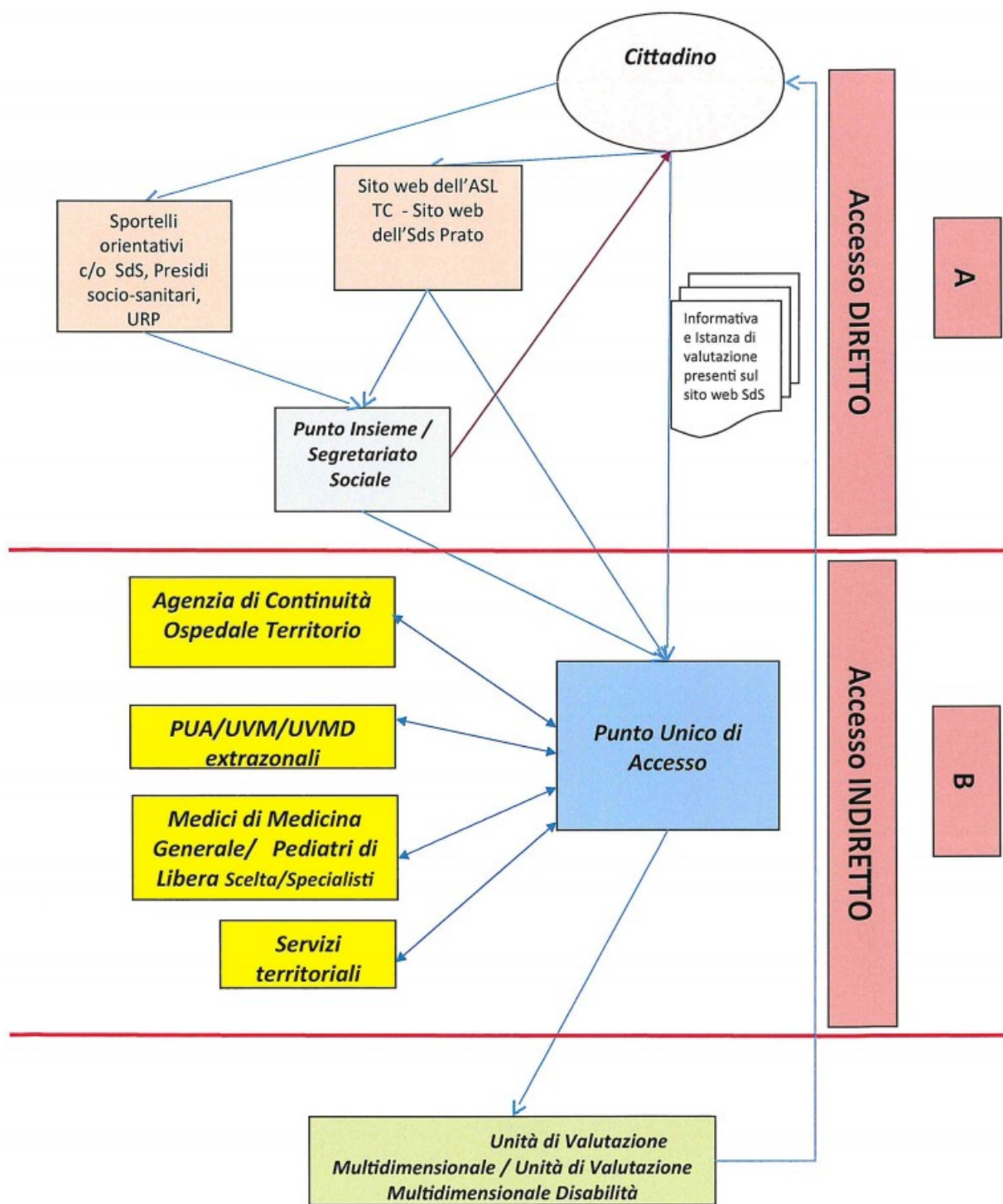
La SdS coinvolge nella programmazione e nel monitoraggio della propria attività, come previsto per legge, gli enti del Terzo Settore attraverso i due organismi partecipativi rappresentati dal Comitato di Partecipazione e dalla Consulta del Terzo Settore.

Art. 9 Criteri, modalità e procedure di accesso alle prestazioni socio-sanitarie

Il Regolamento dei servizi, prestazioni e interventi socio assistenziali, socio sanitari e di promozione sociale della SdS Area Pratese, approvato con delibera n. 23 del 18/05/2021 disciplina i requisiti generali di accesso e di ammissione alle prestazioni in una logica di rete, di continuità e di appropriatezza, 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.

Le modalità di accesso del cittadino possono essere dirette o indirette come si evince dal disegno e dalla relativa descrizione sottostante.



A) Il percorso di accesso diretto del/la cittadino/a

Per accedere con modalità diretta al sistema integrato di valutazione, la persona con disabilità e/o anziana, o chi per essa (familiare, parente, legale rappresentante), può:

1. rivolgersi ai Punti Insieme/Segretariato Sociale (art. 10 L.R. 66/2008) che garantiscono l'accesso e la presa in carico della persona 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 da una prima valutazione si presuma si tratti di un bisogno semplice;
- individuazione di possibili urgenze ed eventuale invio al servizio appropriato;
- consegna della modulistica (scheda di segnalazione del bisogno all'UVMD o all'UVM) pubblicata sul sito SdS e supporto alla compilazione;
- registrazione della segnalazione del bisogno nel sistema informativo e raccolta delle informazioni utili ad una prima lettura del bisogno.

Il cittadino, nei casi di bisogno complesso, preferibilmente dopo l'accesso ai Punti Insieme/Segretariato Sociale, trasmette l'istanza direttamente al Punto Unico di Accesso (PUA):

- valutazione-disabilita.prato@uslcentro.toscana.it per persone con disabilità;
- valutazione-autosufficienza.prato@uslcentro.toscana.it per persone anziane.

2. scaricare e compilare in autonomia la scheda di segnalazione del bisogno, disponibile sul sito web www.sds.prato.it al fine di richiedere una prima valutazione sociosanitaria e inviare la scheda al PUA che ha la seguente email dedicata:

- valutazione-disabilita.prato@uslcentro.toscana.it. per persone con disabilità;
- valutazione-autosufficienza.prato@uslcentro.toscana.it per persone anziane.

Successivamente, a seguito dell'invio della scheda di segnalazione del bisogno al PUA, si attiva il percorso di valutazione.

Sul sito web della SdS Area Pratese www.sds.prato.it è disponibile l'elenco aggiornato dei Punti Insieme/Segreteria Sociale con sedi ed orari di apertura al pubblico.

B) Il percorso di accesso indiretto del/la cittadino/a

L'accesso indiretto avviene a seguito di segnalazione di altri soggetti/servizi della rete territoriale e/o altri servizi del sistema sociosanitario aziendale che hanno in carico la persona (MMG, UF-SMIA, ospedale, ACOT, percorsi di riabilitazione).

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

- su segnalazione di altri servizi socio-sanitari;
- su segnalazione di Enti, soggetti privati, associazioni di volontariato;
- su proposta diretta del Servizio Sociale Professionale.

L'accesso indiretto si realizza nel caso ci si trovi in presenza di un bisogno sociosanitario valutato come complesso dai servizi sopracitati, e si concretizza tramite l'invio di una segnalazione da parte dei soggetti che hanno in carico la persona direttamente al Punto Unico di Accesso, descritto nel successivo articolo, previo consenso esplicito dell'interessato come previsto dalla normativa sulla privacy vigente.

Art. 10 Il Punto Unico di Accesso (PUA): compiti e funzioni

Il sistema dell'accesso e del percorso di presa in carico della persona anziana e della persona con disabilità è coordinato dal Punto Unico di Accesso (di seguito denominato PUA) che costituisce il back-office della rete di accesso e il raccordo tra la fase dell'accesso e la fase della valutazione. Il PUA non è necessariamente un luogo fisico o un presidio del sistema, e costituisce il nodo di collegamento di tutti i presidi e dei soggetti che accolgono la domanda del cittadino, sia in forma diretta che indiretta.

Il PUA è integrato dagli operatori dell'UVMD per le persone con disabilità e dagli operatori dall'UVM per le persone anziane attraverso un dialogo costante ed un lavoro interdisciplinare. Il PUA, che si configura anche con la funzione dell'UVM e dell'UVMD, è costituito da uno staff dove sono presenti le figure professionali ritenute necessarie alle connesse funzioni di regia e di coordinamento dei bisogni così come descritte dettagliatamente negli allegati 1 e 2 del presente Regolamento.

Le funzioni previste dal PUA sono svolte da personale dedicato che presidia il sistema dell'accesso alla valutazione con email dedicate:

- valutazione-disabilita.prato@uslcentro.toscana.it per persone con disabilità;
- valutazione-autosufficienza.prato@uslcentro.toscana.it per persone anziane.

Il Punto Unico di Accesso svolge prioritariamente le seguenti funzioni:

- riceve e visiona le domande di valutazione e ne verifica la completezza; ove la situazione non sia conosciuta, segnala per la presa in carico da parte dei servizi;
- predispone la documentazione necessaria alla valutazione in UVMD/UVM per le persone già in carico e si occupa di calendarizzare le convocazioni;
- supporta il funzionamento del team di transizione per le persone con disabilità (art.3 Allegato 1 del presente Regolamento);
- gestisce l'elaborazione dei dati di attività (anche ai fini dei debiti informativi nei confronti della SdS, Azienda Sanitaria, Regione, Ministero);
- aggiorna e collabora con gli operatori dei Punti insieme/Segretariato Sociale al fine di assicurare modalità di accoglienza e informazione adeguate e omogenee;
- assicura il coordinamento fra i servizi e gli operatori.
- Riceve e trasmette ai referenti territoriali di competenza (Assistenti Sociali ed Infermieri di famiglia e di comunità) i PAP elaborati in sede di dimissione ospedaliera (ACOT) nei quali si evidenzia la necessità di continuità della presa in carico;

Articolo 11 ACOT - Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio

Nel rispetto della 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, assegnata funzionalmente alla Zona-Distretto, agisce nell'ambito dei presidi zonali di riferimento attivandosi già all'ingresso in ospedale, per la pianificazione delle dimissioni.

L'ACOT presidia e valuta l'appropriatezza della segnalazione, definisce il percorso di continuità assistenziale, attivando, in presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'UVM competente in una logica di continuità con il percorso valutativo progettuale proprio della persona in condizione non autosufficienza; coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del/la paziente in relazione ai suoi bisogni e l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto fra i servizi territoriali, quegli ospedalieri e i Medici di Medicina Generale.

L'ACOT si raccorda con le altre ACOT zonali e con quelle delle Aziende Universitarie Ospedaliere, sia in caso di pazienti non residenti e ricoverati nei presidi zonali di competenza dell'ACOT Prato, contattando quelle di provenienza, sia nel caso di segnalazioni di residenti Pratesi degenti in presidi/strutture extra zonali.

Nella predisposizione degli interventi post dimissione, coinvolge il/la paziente e la famiglia nel percorso; attiva, inoltre, la procedura di fornitura degli ausili e promuove ed utilizza strumenti di handover standardizzati, volti a garantire una comunicazione sicura per il/la paziente e completa delle informazioni necessarie alla gestione del percorso.

L'ACOT svolge un ruolo di responsabilità e monitoraggio nel governo delle risorse disponibili sia sul piano dell'appropriatezza gestionale ed organizzativa che su quello della sicurezza clinica nel passaggio tra presidi ospedalieri e territoriali.

Il Servizio ha una componente multiprofessionale, rappresentata dal Medico di comunità (nominato responsabile dal Direttore Zona/Distretto), Infermiere, Assistente Sociale, e Fisioterapista; si avvale inoltre della consulenza strutturata di specialista Fisiatra o Geriatra.

L'ACOT ha la responsabilità nell'attivazione delle risorse, nella valutazione e nel monitoraggio dei risultati e nell'attivazione delle azioni di miglioramento del sistema.

L'ACOT della Zona pratese ha sede presso il Presidio Ospedaliero Ospedaliero Santo Stefano, in via Suor Niccolina Infermiera, n.20/22 a Prato.

Art. 12 Compartecipazione al costo dei servizi

Il DPCM 12/01/2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art.1, comma 7, del DLG 30/12/1992, n.502” si definiscono i LEA stabilisce quali sono le prestazioni socio sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e in quale misura. Secondo quanto stabilito dall’art. 47 della L.R. 41/2005 e s.m.i., il concorso dei cittadini ai costi del sistema integrato è stabilito a seguito della valutazione della situazione economica del richiedente, effettuata con lo strumento dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), disciplinato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 “Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)”, come modificato dal decreto legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito con modificazioni dalla legge 26 maggio 2016, n. 89 e s.m.i..

La condizione economica della persona anziana e della persona con disabilità costituisce un elemento necessario per il calcolo della eventuale compartecipazione al costo della prestazione e della conseguente integrazione della SdS, ma non rappresenta una condizione per l’accesso al percorso di valutazione che dovrà essere sempre garantito, in coerenza con il principio dell’universalità e dell’appropriatezza.

La mancata presentazione dell’ISEE comporta la rinuncia agli eventuali benefici economici o alle riduzioni delle quote di compartecipazione dal costo delle prestazioni previste dallo stesso Progetto Personalizzato da parte della persona interessata (a meno che tale indisponibilità non sia dipesa dalla sussistenza di una condizione di incapacità giuridica della stessa) e non può in nessun modo impedire o ritardare la valutazione multidimensionale del bisogno e la predisposizione del Progetto.

La compartecipazione al costo degli interventi del sistema integrato è stabilita ai sensi del “Regolamento dei servizi, prestazione e interventi socio assistenziali, socio sanitari e di promozione sociale della Società della Salute Area Pratese” approvato con Delibera Assemblea dei Soci SdS Area Pratese n. 23 del 18/5/2021 e con i parametri indicati nella Delibera annuale di Giunta.

Art. 13 Liste di Attesa

In caso di temporanea indisponibilità di risorse e/o di indisponibilità finanziaria per l'attivazione di una o più prestazioni facenti parte del Budget di Salute e/o del PAP, la persona può essere inserita in una lista di attesa secondo una graduatoria determinata in base a modalità e criteri predeterminati, oggettivi e trasparenti.

La costituzione di liste di attesa per l'accesso alle prestazioni e i criteri di gestione delle stesse sono disciplinate dal "Regolamento dei servizi, prestazioni e interventi socio- assistenziali, socio-sanitari e di promozione sociale (Delibera Assemblea dei Soci n. 23 del 18/5/2021), con modalità e parametri differenziati in base alle tipologie di prestazioni e ai percorsi assistenziali per le persone.

Art. 14 Il Sistema Informativo

E' necessario garantire la tracciabilità dei dati del percorso di non autosufficienza tramite il sistema informativo che alimenta i Flussi Regionali (RFC 115 e RFC 118). Tutte le figure coinvolte nel percorso hanno il compito di inserire i dati, per quanto di propria competenza, dalla fase iniziale di segnalazione, valutazione e definizione di un progetto di assistenza personalizzato, erogazione delle prestazioni, fino alla sua conclusione.

Ai sensi delle DGRT 1449/2017 e 1642/2019 sia il PUA e sia l'UVMD/UVM devono disporre di un apposito strumento informatico con collegamento informatizzato di tutti i presidi e i soggetti che accolgono la domanda del cittadino, eliminando e semplificando i passaggi che la persona deve compiere.

Tutte le persone coinvolte nel percorso hanno il compito di inserire i dati, per quanto di propria competenza, dalla fase iniziale di segnalazione, valutazione e definizione di un progetto di assistenza personalizzato, fino alla fase conclusiva.

Nella SdS Area Pratese il sistema informatico per la gestione della cartella sociale integrata è AsterCloud nella forma attualmente in uso, in attesa della completa implementazione della digitalizzazione dedicata da parte della Regione Toscana. Nella pagina web della SdS sarà presente la modulistica necessaria pe l'attivazione dei percorsi.

ALLEGATO 1

PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ E FUNZIONAMENTO DELL'UVMD

Art. 1 Finalità e obiettivi

La Convenzione delle Nazioni Unite per i diritti delle persone con disabilità si prefigge, quale scopo principale, di promuovere, proteggere e garantire il pieno e uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali. A questo proposito, la suddetta apporta una profonda modifica al concetto di persona con disabilità, che definisce come "*persona che presenta durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la sua piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri*". La disabilità non è più concepita come una riduzione delle capacità funzionali determinata da malattia o menomazione ma è la risultante di una relazione complessa tra condizioni di salute e fattori contestuali (ambientali e personali), in una interazione dinamica fra questi elementi che possono modificarsi reciprocamente (approccio bio-psico-sociale).

Ne deriva dunque che è responsabilità collettiva, della società nel suo complesso, implementare le modifiche ambientali necessarie alla piena partecipazione delle persone con disabilità in tutte le aree della vita sociale, puntando sullo sviluppo delle abilità della persona e su un contesto ambientale favorente.

La Regione Toscana ha definito politiche che mirano a valorizzare la centralità della persona, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita, in una logica diversa dal puro assistenzialismo attuato con l'erogazione di prestazioni, ma orientata allo sviluppo e al raggiungimento della massima autonomia possibile, della vita indipendente e della personalizzazione degli interventi sociosanitari. È solo conseguendo maggiori livelli di autonomia, infatti, che la persona può inserirsi socialmente nella vita della comunità, può accedere a percorsi lavorativi e prepararsi a vivere la fase del "Dopo di Noi", in assenza dei genitori quali caregiver principali.

Dalle normative Regionali si recepiscono indicazioni sullo sviluppo delle politiche per la disabilità, in attuazione dei principi di non discriminazione, pari opportunità, concreta integrazione e partecipazione, nel rispetto dell'autodeterminazione del soggetto, sottolineando la necessità di garantire una dimensione unitaria delle strategie di intervento verso la persona con disabilità, tra i diversi settori e componenti istituzionali coinvolti, assicurando il coordinamento territoriale e articolando una gamma di risposte e interventi all'interno del "Progetto di Vita", inteso come processo dinamico che accompagna la persona in tutto il suo ciclo di vita, seguendone la modificazione dei bisogni e delle aspirazioni nelle diverse fasce di età.

La partecipazione della persona con disabilità e della sua famiglia alle fasi di valutazione e definizione del Progetto di Vita è strategica rispetto alla efficacia dello stesso e costituisce pratica valorizzata e quanto più estesa all'interno del percorso di presa in carico.

Art. 2 Destinatari

L'UVMD si occupa della valutazione dei cittadini in possesso dei seguenti requisiti:

- residenza in uno dei Comuni consorziati nella Società della Salute Area Pratese;
- età inferiore a 65 anni;
- 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 sociosanitario;
- disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità.

Si occupa anche di tutti i soggetti che non soddisfano i criteri sopra esposti e in particolare di:

- le persone in possesso della certificazione art. 3 comma 1, della Legge 5 febbraio 1992 n. 104 (handicap senza condizione di gravità) diventa dirimente, al fine della presa in carico e valutazione da parte dell'UVMD, che si tratti di persone segnalate dal Case manager (che costituisce o "rappresenta" il riferimento unico all'interno del sistema dei servizi che svolge il ruolo di collegamento con la persona titolare del Progetto di vita) e/o dai servizi territoriali del sistema di accesso in cui sia esplicito un bisogno sociosanitario complesso;
- 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 della L.R. 60/2017).

In casi di eccezionalità e urgenza, non riferibili direttamente ai requisiti sopra elencati, sarà il Coordinatore della UVMD a valutare i tempi per procedere con il percorso di valutazione. I casi di

assoluta eccezionalità e urgenza, non differibili direttamente alle situazioni sopra elencate, sono valutati previo confronto e autorizzazione da parte del Direttore SdS Area Pratese.

Art. 3 Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD)

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (di seguito denominata UVMD) effettua la valutazione multidimensionale del bisogno e definisce il profilo di funzionamento della persona che delinea il Progetto di Vita, secondo le procedure definite e approvate a livello regionale .

L'UVMD, in sede di definizione del Progetto di Vita, individua il Case manager della persona ed effettua il monitoraggio del Progetto di Vita, la rivalutazione periodica delle condizioni di bisogno e l'eventuale ridefinizione del Progetto stesso. L'UVMD si raccorda con i professionisti di riferimento coinvolti al fine di costruire insieme il paniere di interventi possibili, con il budget di salute, tenendo conto delle valutazioni già presenti (profilo di funzionamento) e dei progetti già predisposti (PEI, PTRI, PAP, ecc..).

La UVMD deve prevedere l'individuazione di un nucleo di componenti fisso: il nucleo stabile dovrà prevedere come minimo un medico del distretto, un assistente sociale e un amministrativo in modo da garantire continuità della presa in carico ed alta specializzazione degli operatori;

All'interno dell'UVMD deve essere nominato dal Direttore SdS un Coordinatore tra i componenti il nucleo fisso della stessa.

Con Provvedimento del Direttore della SdS Pratese n. 37 del 2019 è stata istituita l'UVMD della SdS Pratese, come ratificato dalla Delibera della USL Toscana Centro n. 1644 del 6/12/2019 e con Provvedimento n. 200 del 2/11/2022 sono state rinnovati i membri della UVMD Zona Pratese e sono state costituite l'UVMD per persone ADULTE e l'UVMD per MINORI. I membri della UVMD potranno subire variazioni che verranno ratificate da provvedimenti del Direttore.

L'UVMD per persone ADULTE fa riferimento ad uno specialista in psichiatria per l'autismo e ad uno specialista in fisiatria per disabili fisici e intellettivi e comunque in base alla comorbidità prevalente, occupandosi anche di fornire le consulenze necessarie nei casi di comorbidità. Questi specialisti sono componenti stabili della UVMD in collaborazione con il Servizio Sociale Professionale.

L'UVMD per MINORI fa riferimento a tre micro équipe stabili della Neuropsichiatria per ogni Zona Distretto differenziate per percorso autismo, disabilità neuromotoria e disabilità intellettiva, costituite da un neuropsichiatra, uno psicologo ed un operatore della riabilitazione. L'UVMD per Minori definisce il profilo di funzionamento, sulla base della valutazione dello specialista di riferimento e dell'Assistente Sociale Titolare, che ricomprende competenze e misure per l'inclusione scolastica/servizi educativi e deve essere redatto anche con il supporto del referente dell'istituzione scolastica/servizi educativi ed aggiornato al passaggio di ogni grado di istruzione e/o in presenza di nuove e sopravvenute modifiche della situazione personale. Il Progetto di Vita, ricomprende il piano educativo individualizzato (PEI) e il piano terapeutico riabilitativo individualizzato (PTRI) e garantisce la partecipazione della persona (e/o del suo legale rappresentante) sia nella fase valutativa che in quella progettuale.

Per le persone neo maggiorenti, è previsto un passaggio dal team di transizione per la definizione dell'équipe di presa in carico sociosanitaria che garantisca la continuità assistenziale. Le micro-équipe per le disabilità motorie, neuro cognitive, autismo, stabiliscono un calendario di incontri periodici per il passaggio all'équipe sociosanitaria per l'età adulta. Agli incontri partecipano i membri della micro-équipe, l'assistente sociale titolare della presa in carico/Case manager e/o il componente sociale dell'UVMD, lo specialista per l'età adulta, il coordinatore e insieme viene ipotizzato un percorso sulla base del

profilo di funzionamento e dei bisogni espressi. Da una valutazione congiunta degli elementi già conosciuti e aggiornati emergono le aree e le priorità di intervento personalizzato all'interno del Progetto di Vita.

L'UVMD (sia per persone adulte che per minori) può essere implementata con l'individuazione di componenti "a chiamata" qualora la valutazione necessiti di ulteriori competenze cliniche e assistenziali, quali:

- esperto nella patologia che connota lo stato della persona disabile;
- infermiere, con riferimento all'infermiere di famiglia che ha in carico la persona disabile;
- esercente la professione sanitaria della riabilitazione (per la UVMD ADULTI);
- assistente sociale titolare che ha in carico la persona disabile;
- neurologo;
- MMG e PDF.

Per quanto attiene ai componenti a chiamata:

- l'infermiere sarà coinvolto se la persona è seguita dall'Infermiere di Famiglia o dai servizi infermieristici territoriali. Il Coordinatore UVMD o suo delegato contatta la PPOO Direzione Infermieristica zonale che fornirà i nominativi degli infermieri di volta in volta interessati;
- l'esercente professione sanitaria della Riabilitazione per gli adulti: il Fisioterapista di riferimento per ogni UVMD potrà richiedere la valutazione di casi in carico;
- la presenza dell'Assistente Sociale titolare è richiesta, se possibile, per ciascuna situazione valutata;
- allo Specialista Medico, esperto nella patologia che connota lo stato della persona disabile e che segue la persona potrà essere richiesta la presenza per la valutazione;
- Al MMG/PdF potrà essere richiesta la presenza per la valutazione di persone in carico.

Le UVMD operano su ordine del giorno prestabilito, raggruppando le valutazioni da effettuare in base agli specialisti che dovranno essere presenti in modo da ottimizzare le disponibilità dei numerosi specialisti coinvolti e i tempi di lavoro. Gli esiti degli interventi e l'intero progetto viene verificato dall'UVMD con cadenze programmate.

L'UVMD prevede la partecipazione della persona con disabilità e della sua famiglia alle fasi di valutazione e definizione del Progetto di Vita in quanto strategica rispetto alla efficacia dello stesso; inoltre nel rispetto dei principi della libera scelta e di autodeterminazione, la persona può coinvolgere referenti di altri soggetti/enti privati o del privato sociale. All'interno del gruppo integrato viene individuato il professionista con funzioni di Case manager.

E' altresì compito dell'UVMD garantire il coordinamento attivo con l'ACOT per intervenire prontamente in modo da garantire la continuità Ospedale Territorio.

Le UVMD si dotano di uno scadenario per definire i progetti di vita di tutte le persone ad oggi in carico.

Art. 4 Compiti e funzioni dei membri dell'UVMD

Il Coordinatore della UVMD esercita le seguenti funzioni:

- coordina l'équipe UVMD attraverso l'instaurazione di rapporti stabili sia con i componenti fissi della commissione che con gli specialisti della SMIA, SMA, Fisiatri, psicologi, esperti nella patologia che connota lo stato di disabilità della persona, e con coloro che integrano di volta in volta la commissione e vi collaborano stabilmente;
- monitora l'attuazione e il rispetto del presente Regolamento e del funzionamento dell'UVMD in collaborazione con gli altri professionisti del gruppo stabile;

- coordina l'allocazione delle diverse fonti di finanziamento allo scopo di comporre il budget unico;
- coordina la calendarizzazione delle sedute sulla base dei criteri di priorità come previsti nel Regolamento all'art. 7;
- coordina l'individuazione e la convocazione dei professionisti necessari per la valutazione della persona e, ove necessario, dei referenti di altri soggetti/enti coinvolti, in una logica di coordinamento e collaborazione con le strutture di appartenenza degli specialisti;
- coordina la funzione di raccordo con il Case manager per la valutazione della situazione e per la segnalazione di difficoltà di attuazione delle azioni previste nel Progetto di Vita;
- coordina le verifiche della documentazione necessaria per la fase istruttoria di valutazione e predispone la eventuale richiesta di documentazione integrativa;
- redige e sottoscrive, insieme alla persona o alla famiglia, il Progetto di Vita.

Il **medico di comunità** all'interno dell' UVMD svolge le seguenti funzioni:

- verifica i requisiti sanitari di accesso alla valutazione;
- verifica la correttezza formale e sostanziale della documentazione sanitaria;
- coordinamento del raccordo con il MMG/PLS qualora lo ritenga necessario;
- si interfaccia con gli specialisti coinvolti nella valutazione;
- cura il raccordo con le altre équipe di valutazione aziendali (UVM e Commissioni Medico Legali).

L'**assistente sociale** all'interno dell' UVMD svolge le seguenti funzioni:

- verifica i requisiti sociali di accesso alla valutazione;
- verifica la correttezza formale e sostanziale della documentazione sociale;
- si interfaccia con le/gli assistenti sociali titolari che hanno in carico i singoli cittadini e che collaborano con gli specialisti di riferimento;
- cura il raccordo con le altre commissioni di valutazione (UVM e Commissioni Medico Legali).

L'**amministrativo** all'interno dell' UVMD svolge le seguenti funzioni:

- supporta il coordinatore UVMD attraverso il raccordo con gli uffici amministrativi, per la conoscenza, il coordinamento e l'allocazione delle diverse fonti di finanziamento allo scopo di comporre il budget unico;
- gestisce la casella di posta elettronica dell'UVMD;
- supporta l'équipe nella verifica della completezza della documentazione necessaria per la fase istruttoria di valutazione. Se la documentazione è completa calendarizza e convoca la seduta, in caso contrario supporta il coordinatore nell'invio della richiesta di documentazione integrativa;
- raccoglie ogni eventuale altra documentazione utile allo svolgimento della seduta;
- convoca le sedute dell'UVMD e trasmette il calendario delle situazioni da valutare;
- supporta il coordinatore nella predisposizione dell'ordine del giorno delle sedute UVMD raggruppando le valutazioni in base agli specialisti la cui presenza di rende necessaria;
- gestisce l'archivio della documentazione;
- supporta l'équipe nella gestione dello scadenzario dei casi sospesi o da rivalutare;
- si raccorda con gli altri uffici amministrativi competenti per l'attivazione delle azioni individuate nel Progetto di Vita;
- cura i rapporti con gli uffici territorialmente competenti nella gestione di eventuali graduatorie e/o liste di attesa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni;

- redige i verbali delle sedute.
- cura il coordinamento operativo, tecnico-amministrativo e organizzativo, attraverso il sistema informativo.

Lo **specialista di riferimento** all'interno dell' UVMD svolge le seguenti funzioni:

- valuta la persona, direttamente o in collaborazione con colleghi che seguono la presa in carico;
- valuta la documentazione sanitaria;
- 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;
- si rapporta con il MMG/PLS qualora lo ritenga necessario;
- effettua accertamenti ambulatoriali e/o domiciliari connessi alla definizione dei progetti.

La presenza dello specialista assume un ruolo specifico a seconda che la persona disabile sia minore o adulta.

Nel caso di persona minore, infatti, lo specialista di riferimento dell'UFSMIA che lo ha in carico effettua la valutazione, in collaborazione con l'Assistente Sociale titolare ai fini della predisposizione del profilo di funzionamento raccordandosi con la scuola per la redazione del Progetto Educativo Individualizzato (PEI), secondo le modalità previste dall'Accordo di programma provinciale per l'inclusione scolastica e formativa dei bambini, alunni e studenti con disabilità (L. 104/92).

Nel caso di persona adulta lo specialista di riferimento viene individuato sulla base del bisogno prevalente della persona. L'UVMD attiva la collaborazione e promuove l'interscambio di più specialisti (psichiatra, fisiatra, neurologo, psicologo, ecc..) messi a disposizione dalle strutture organizzative di pertinenza, nonché delle altre figure sanitarie e sociosanitari necessarie per la valutazione olistica del caso, secondo modalità disciplinate dal Regolamento stesso.

Il **Case manager** è la figura di riferimento che facilita il collegamento della persona e della famiglia con il sistema dei servizi e viene individuato dall'UVMD nella fase di definizione del Progetto di Vita sulla base del bisogno prevalente e della tipologia di percorso progettuale individuata.

Il Case manager viene individuato per competenze e può essere sostituito 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 (nome, cognome, telefono, indirizzo mail).

Il Case manager svolge le seguenti funzioni:

- segnala all'UVMD eventuali difficoltà di attuazione delle azioni previste nel Progetto di Vita; segnala all'UVMD le variazioni dei bisogni e propone l'eventuale rivalutazione del Progetto di Vita, condividendo ogni variazione con la persona, i familiari di riferimento e/o con il rappresentante legale.
- 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, i familiari di riferimento e/o il rappresentante legale, 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 di riferimento e/o con il rappresentante legale;
- favorisce il principio dell'autodeterminazione;
- promuove e facilita la continuità assistenziale.

Per i minori, il Case manager viene nominato tra i membri della micro-équipe UFSMIA.

Art. 5 Il profilo di funzionamento e il Progetto di Vita

L'istanza, presentata con le modalità descritte all'art. 10 Parte Generale del presente Regolamento è recepita dal PUA, che, dopo una prima analisi, se completa, provvede ad inoltrarla all'équipe multidisciplinare composta dai professionisti coinvolti nel sistema di presa in carico (assistenti sociali, medici specialisti, MMG/PLS, educatori professionali e psicologi) per le valutazioni di competenza con l'obiettivo di predisporre il profilo di funzionamento ed il conseguente Progetto di Vita.

Le valutazioni di cui sopra sono effettuate attraverso la somministrazione di scale/schede valutative previste dalla Delibera RT n. 1055/2021 che costituiscono il presupposto per la definizione del profilo di funzionamento e/o del Progetto di Vita.

Il profilo di funzionamento è il documento propedeutico alla definizione del Progetto di Vita affinché esso sia sempre più appropriato e rispondente ai bisogni, alle aspettative e ai desideri della persona. La procedura che è stata costruita permette di individuare quali sono le priorità sulle quali intervenire, monitorando nel tempo anche l'efficacia degli interventi intrapresi.

Il Progetto di vita è il documento che, a partire dal profilo funzionale della persona, dai bisogni e dalle legittime aspettative e nel rispetto della propria autonomia e capacità di autodeterminazione, individua quale è il ventaglio di possibilità, servizi, supporti e sostegni, formali (istituzionali) e informali, che possono permettere alla stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter partecipare alla vita sociale, di avere laddove possibile una vita indipendente e poter vivere in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri.

Il Progetto di vita della persona è il documento nel quale riunificare le risposte, in termini di obiettivi, sostegni e opportunità, offerte dai sistemi sanitario e sociale, previdenziale e scolastico, lavorativo, ambientale/ domestico e socio-relazionale, scelte in accordo con la persona e/o con i familiari. In esso devono confluire programmi e progetti individualizzati e personalizzati predisposti anche da enti e soggetti diversi (PAP, PEI, PARG, PRI, ecc..), sotto la regia dell'UVMD.

Gli elementi essenziali del Progetto di Vita sono:

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

Il Progetto di vita si configura pertanto non solo come la concreta realizzazione della capacità di autodeterminazione delle persone con disabilità, ma anche come uno strumento capace di accrescere, attraverso i supporti forniti, le potenzialità e la capacità di autodeterminazione di quelle maggiormente fragili.

Art. 6 Il Budget di salute

Il Budget di salute così come definito dalla DGRT n. 1449 del 19.12.2017 rappresenta uno "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale". Si tratta in sintesi di una misura che partendo dalla centralità della persona con disabilità agisce sia sul piano individuale che su quello collettivo. Sul piano della singola persona si tratta infatti di una misura tesa ad garantire l'insieme delle misure di sostegno o ad evitare interventi inappropriati, non personalizzati e/o decontestualizzati. Sul piano generale aspira invece ad aumentare la capacità di presa in carico comunitaria, formale e

informale dei bisogni delle persone con disabilità e realizzare soluzioni in cui la persona sia sostenuta, capacitata negli atti e nelle aspettative di vita quotidiana.

Il Budget di Salute costituisce il paniere di possibilità che l'UVMD ha a disposizione per la realizzazione del Progetto di Vita della persona e deve ricomprendere tra le altre, le risorse previste a livello previdenziale, quelle previste dai percorsi riabilitativi e assistenziali garantite dai LEA, nonché i pacchetti assistenziali aggiuntivi; tutte le risorse costituite dall'apporto della famiglia adeguatamente sensibilizzata, informata e specificamente formata; le risorse del privato sociale, del volontariato e di tutte le associazioni in grado di far fronte alle numerosissime forme di disabilità anche a bassa o bassissima intensità; nonché tutte le risorse che la UVMD può ricercare per il miglioramento delle performance ambientali.

Art. 7 Sede operativa e calendarizzazione delle sedute dell'UVMD

La sede dell'UVMD dove vengono convocate le sedute è presso il presidio "Misericordia e Dolce" in Piazza Ospedale n° 5, a Prato.

Le sedute a cui partecipano anche le famiglie e gli interlocutori esterni vengono organizzate in sale accessibili e dedicate a tale attività; possono essere previsti anche collegamenti a distanza.

Il calendario delle sedute stabili prevede una cadenza settimanale alternata in base alle diagnosi della persona con disabilità procedendo con la comunicazione ai diretti interessati, con la seguente calendarizzazione:

- seduta dedicata alla valutazione di persone adulte con disabilità di natura neuromotoria/intellettuale: il 2° e il 4° venerdì del mese, con l'équipe integrata dalla figura dello specialista fisiatra;
- seduta dedicata alla valutazione di persone adulte con disturbi dello spettro autistico ed alle persone con patologie psichiatriche rispettivamente: il 1° e il 3° lunedì del mese, con l'équipe integrata dalla figura dello specialista psichiatra;
- il terzo martedì del mese si svolge la seduta dedicata alla valutazione della condizione di disabilità gravissime e sindrome laterale amiotrofica (SLA), con l'équipe integrata dalle figure degli specialisti della neuropsichiatria, neurologia, geriatria, fisioterapia, psichiatria.

Possono essere previste sedute aggiuntive e dedicate a progetti specifici (Dopo Di Noi, ADA - adattamento domestico ambientale-, Vita Indipendente, ecc..) o in vigore di bandi attivi della SdS.

Sono previste sedute dedicate ai Progetti di Vita relativi ai minori, con l'équipe integrata dalle figure della neuropsichiatria infantile (articolazione UVMD Minori).

Art. 8 Priorità d'accesso per la valutazione dell'UVMD

L'UVMD nella definizione del Progetto di Vita valuta le richieste pervenute secondo i seguenti criteri:

- persone che sono in procinto di passare dall'area minori all'area adulti, in particolare gli alunni disabili frequentanti le scuole superiori affinché sia garantita una continuità nel Progetto di Vita nel momento di transizione all'età adulta;
- persone disabili con nuove diagnosi ai sensi della L. 104/92, art. 3 comma 3;
- persone disabili per le quali vi è una segnalazione del bisogno presentata dai cittadini;
- persone disabili per le quali vi siano segnalazioni del Servizio sociale professionale.

Per le persone già in carico, verrà predisposto un calendario di sedute specifiche al fine di programmare gradualmente la predisposizione dei Progetti di Vita a tutti gli aventi diritto.

ALLEGATO 2

PRESA IN CARICO DELLA PERSONA ANZIANA NON AUTOSUFFICIENTE E FUNZIONAMENTO DELL'UVM

Art. 1 Finalità ed obiettivi

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 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 sociosanitaria appropriata. In attuazione alla suddetta previsione, il presente documento regolamenta l'accesso ai servizi socio-sanitari integrati – con particolare riferimento all'area della non autosufficienza e della disabilità - della Società della Salute/Zone Distretto Area Pratese, al fine di garantire omogeneità, coerenza ed equità ai cittadini, salvaguardando allo stesso tempo le specificità territoriali e le diverse esigenze organizzative.

I percorsi per la presa in carico delle persone anziane non autosufficienti sono caratterizzati da principi e modelli organizzativi comuni, stabiliti in particolare dalla Legge regionale n. 66/2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", con la quale vengono fissati i capisaldi del percorso di presa in carico della persona non autosufficiente, con disabilità e anziana e dal "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" approvato con DGR n. 370 del 22/03/2010 e successive modifiche, che ha trovato attuazione nei singoli ambiti territoriali attraverso specifici regolamenti zonali sui quali è necessario intervenire con un'opera di revisione e omogeneizzazione, al fine di garantire l'equità della presa in carico delle persone anziane non autosufficienti, salvaguardando le specificità e le esigenze dei singoli contesti territoriali ma mantenendo un nucleo di regole e di criteri trasversali garantiti su tutto il territorio regionale.

Il presente Regolamento si basa su alcuni principi generali:

- l'orientamento alla prevenzione della non autosufficienza;
- la promozione della domiciliarità, un approccio complessivo e organico all'età anziana in tutte le sue dimensioni che assicuri l'appropriatezza e la continuità dell'assistenza della persona secondo l'evoluzione delle sue condizioni bio-psico-sociali;
- la promozione della valutazione multidimensionale dei bisogni e delle capacità di natura sociale, sanitaria e sociosanitaria ai fini dell'accesso a un *continuum* di servizi per le persone anziane fragili e per le persone anziane non autosufficienti nell'ambito delle risorse disponibili;
- il riconoscimento degli specifici fabbisogni di assistenza;
- il rafforzamento dell'integrazione della rete dei servizi territoriali e la presa in carico del cittadino attraverso progetti di assistenza personalizzati condivisi con la famiglia e il monitoraggio degli interventi attivati.

Gli obiettivi a cui tendere sono:

- una piena ed efficace conoscenza dei servizi disponibili nel territorio per la persona non autosufficiente attraverso i punti informativi e di prima accoglienza;
- la garanzia della prestazione socio sanitaria appropriata, nel rispetto dei principi di equità e giustizia, attraverso una lettura tempestiva ed una appropriata valutazione multidimensionale del bisogno;
- l'individualizzazione del trattamento attraverso l'elaborazione di un Piano di Assistenza Personalizzato (PAP);
- l'integrazione tra le diverse figure professionali nei percorsi assistenziali.

Art. 2 Destinatari

Il Regolamento individua i destinatari del percorso di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso il possesso dei seguenti requisiti:

- residenza in uno dei Comuni consorziati nella Società della Salute Area Pratese;
- età \geq a 65 anni che necessitano di valutazione di non autosufficienza da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale;
- eccezionalmente, età $<$ 65 anni, con caratteristiche sanitarie assimilabile alla persona anziana;
- segnalati all'Agenzia di Continuità Assistenziale Ospedale Territorio (ACOT).

Situazione di assoluta eccezionalità e urgenza, non differibili direttamente alle circostanze sopra elencate, sono valutati, previo confronto e autorizzazione da parte del Direttore Sds Area Pratese.

Art. 3 Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)

La valutazione complessiva delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente è eseguita dalla Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che si avvale di una procedura e di schede valutative che prendono a riferimento le condizioni sanitarie, cognitive comportamentali e la situazione socio ambientale e familiare (come previsto dalla normativa regionale).

L'UVM è composta da un nucleo stabile formato da:

- un Medico di Comunità;
- un Assistente Sociale;
- un Infermiere.

L'amministrativo supporta l'attività della UVM e del PUA, garantendo comunque anche una funzione di segreteria.

Gli operatori professionali, infermiere di famiglia e di comunità e assistente sociale, effettuano la valutazione presso il domicilio della persona. Al termine di questa, registrano sul sistema informativo in uso le schede di valutazione e i tests somministrati.

Prima della data di convocazione in UVM, i valutatori potranno trasmettere eventuale documentazione integrativa a quella già presente nella istanza o, nel caso di impedimento per il quale non è stato possibile effettuare la valutazione (es. ricovero ospedaliero), procederanno alla comunicazione a PUA ed alla riprogrammazione nella prima seduta utile.

L'UVM, secondo quanto previsto negli atti di indirizzo regionali in materia, dispone, per le esigenze di approfondimento della valutazione e per una migliore definizione del PAP, delle competenze specialistiche necessarie (in particolare afferenti alle aree della Geriatria, Neurologia e UFSMA).

L'attivazione delle risorse specialistiche avverrà, su indicazione della UVM, nel caso in cui già dall'esame della documentazione relativa alla domanda presentata se ne ravveda la necessità.

L'UVM ha cura di promuovere e favorire la partecipazione del Medico di Medicina Generale, in ogni forma possibile.

Il Direttore Zona Distretto/Società della Salute procede alla costituzione della UVM con la nomina di ognuno dei componenti (e sostituti), in modo da permettere il corretto funzionamento e svolgimento delle sedute. Attualmente il Provvedimento del Direttore della SdS Area Pratese di nomina i componenti dell'UVM è il n. 21 del 23/05/2019. I membri della UVM potranno subire variazioni che verranno ratificate da provvedimenti del Direttore.

L'UVM è presieduta da un Coordinatore, nominato dal Direttore Zona Distretto/SdS Area Pratese, tra le figure appartenenti al nucleo sopraccitato.

Alla UVM compete, come previsto dalla L.R. n.66/2008, la valutazione multidimensionale, della persona con bisogno complesso socio-sanitario, in applicazione delle procedure valutative previste dal progetto regionale, sulla base dei seguenti criteri:

- stato di salute funzionale organico (dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana, attività strumentali della vita quotidiana, quadro clinico, fabbisogno infermieristico);
- condizioni cognitivo – comportamentali (stato mentale, disturbi del comportamento, disturbi dell'umore);
- situazione socio – ambientale e familiare (rete assistenziale presente, situazione socio – economica, condizione abitativa, livello quotidiano di copertura assistenziale, valutazione dello stress del caregiver);
- l'individuazione del livello di isogravit  del bisogno;
- l'elaborazione del PAP pi  adeguato alle esigenze assistenziali, nel rispetto del principio dell' "accomodamento ragionevole", fermo restando il livello di isogravit  individuato;
- la partecipazione, della persona o dei familiari attraverso anche l'acquisizione di memorie scritte/ autodichiarazioni;
- la definizione del PAP e la conseguente stesura del verbale, con indicazioni quantitative, temporali e flessibilit  relative ai percorsi assistenziali e alle prestazioni sociosanitarie appropriate, nel rispetto dei tempi dettati dalla normativa regionale. Nel PAP sono riportate anche le prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali gi  attive alla presentazione della segnalazione del bisogno. Ove possibile, definisce le quote di risorse destinate al finanziamento delle prestazioni;
- l'uso responsabile delle risorse disponibili;
- la verifica della sussistenza delle condizioni di bisogno per l'attivazione degli interventi della Non Autosufficienza;
- la nomina del responsabile dei processi, che seguir  l'attuazione del progetto personalizzato, divenendo il referente dell'assistito e/o dei suoi familiari (Responsabile del PAP);
- la condivisione del PAP con l'assistito o con chi per esso, tramite il Responsabile del PAP (laddove non venga effettuata direttamente in seduta);
- la periodica verifica degli obiettivi del PAP e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate, nonch  le eventuali rivalutazioni previste, tramite il responsabile del PAP.

La procedura valutativa produce 5 diversi livelli di isogravit , un punteggio relativo alla condizione sociale (IACA) e la rilevazione della complessit  di cura e assistenza.

A conclusione della valutazione, l'UVM, entro i tempi stabiliti dalla normativa, progetta il PAP.

In sede di UVM viene individuato, in base al bisogno prevalente e alla tipologia di percorso progettuale individuata, il Responsabile del PAP (case manager) che   la figura di riferimento che facilita il collegamento della persona e della famiglia con il sistema dei servizi ha il compito di seguire l'attuazione del progetto e di essere referente per la presa in carico della persona interessata o dei familiari; si occupa della restituzione del PAP fatto salvo le situazioni pi  complesse e conflittuali nelle quali tale funzione viene svolta congiuntamente alla UVM.

Se la persona o chi per essa, durante l'iter valutativo (dalla presentazione dell'istanza alla seduta UVM), esprime la volont  di non vole pi  procedere, gli operatori procederanno a comunicare la rinuncia al PUA.

Art. 4 Compiti e funzioni dei membri dell'UVM

Il **Coordinatore** dell' UVM, identificato nella figura del **medico di comunit **, esercita le seguenti funzioni:

- coordina l'équipe UVM e coinvolge, se necessario, le figure sanitarie competenti in base alle specifiche situazioni;
- monitora l'attuazione e il rispetto del presente Regolamento e del funzionamento dell'UVM in collaborazione con gli altri professionisti del gruppo;
- coordina la calendarizzazione delle sedute sulla base dei criteri di priorità come previsti nel Regolamento all'art. 7;
- coordina la funzione di raccordo con il Case manager per la valutazione della situazione e per la segnalazione di difficoltà di attuazione delle azioni previste nel Progetto.

L'assistente sociale all'interno dell'UVM svolge le seguenti funzioni:

- verifica la correttezza formale e sostanziale della valutazione sociale;
- si interfaccia con le/gli assistenti sociali titolari che hanno in carico i singoli cittadini e che collaborano con gli specialisti di riferimento.

L'infermiere all'interno dell'UVM svolge le seguenti funzioni:

- verifica la correttezza formale e sostanziale della valutazione infermieristica;
- si interfaccia con le/gli infermieri di famiglia e comunità che seguono i singoli cittadini e che collaborano con gli specialisti di riferimento;

L'amministrativo all'interno dell'UVM svolge le seguenti funzioni:

- verifica la correttezza della compilazione dell'istanza di richiesta di valutazione e la documentazione allegata;
- monitora la casella di posta elettronica dell'UVM;
- calendarizza e convoca le persone nella seduta UVM utile se l'istanza di valutazione è completa. In caso contrario interagisce con i cittadini per la corretta compilazione e documentazione;
- trasmette richiesta di valutazione agli assistenti sociali ed agli infermieri di famiglia e comunità referenti per territorio anagrafico con comunicazione della data di convocazione in UVM;
- gestisce l'archivio della documentazione;
- supporta l'équipe nella gestione dello scadenziario delle persone con valutazione sospesa o da rivalutare.

Art. 5 Il Progetto di Assistenza Personalizzato (PAP)

Il Progetto di Assistenza Personalizzato, di seguito denominato PAP è elaborato dall'UVM e condiviso, con l'assistito o con la famiglia. Nel PAP vengono analizzati i bisogni rilevati, sono definiti gli obiettivi (assistenziali, terapeutico-riabilitativi, educativi, ecc), i tempi di realizzazione, le prestazioni erogabili in relazione alle risorse disponibili, le modalità di erogazione, i tempi di verifica dei servizi e, laddove prevista, la compartecipazione a carico della persona.

Il PAP ha una durata massima di 12 mesi e alla scadenza prevista è rinnovabile con le modalità descritte all'art. 6; se non rinnovato, decade automaticamente.

La tempistica prevista per la decorrenza dell'erogazione delle prestazioni dalla definizione del PAP è indicato nella vigente normativa regionale.

L'UVM individua il Case Manager, che costituisce l'interfaccia con la famiglia e che ha il compito di verificarne periodicamente l'effettiva attuazione e l'adeguatezza.

L'UVM, al fine di definire al meglio il quadro valutativo derivato dalle procedure previste, nel rispetto del principio di "*accomodamento ragionevole*", ha autonomia di apportare modifiche e/o adeguamenti funzionali e appropriati per l'orientamento progettuale, senza oneri eccessivi rispetto alle coerenze di sistema. Tale autonomia, in una logica di assoluta eccezionalità, può esplicitarsi:

- nel modificare, il livello di isogravit  in quei casi del tutto eccezionali in cui, in sede di valutazione, si dovesse riscontrare discrepanza tra reali condizioni e livello di isogravit  calcolato.
- nell'assegnare la quota di risorse corrispondente all'intervento assistenziale considerato appropriato dalla UVM e previsto nel PAP, qualora non sia possibile sottoscrivere l'accordo con la famiglia, perch  questa richiede e accetta solo un intervento residenziale. In tal caso le risorse previste nel PAP domiciliare saranno assegnate alla RSA solo in caso di effettivo ricovero nella stessa e senza che sia prevista la corresponsione della quota sanitaria.

Gi  dalla valutazione dovr  essere ricercato e assicurato il massimo coinvolgimento della persona valutata o chi per essa ai fini dell'acquisizione di informazioni utili per l'elaborazione del PAP e quindi della condivisione del percorso assistenziale appropriato. Per tale definizione si dovr  tener conto delle aspirazioni di vita e la volont  della persona interessata. Il Referente del PAP individuato sottoporr  il progetto alla persona o a chi per essa per la sottoscrizione.

La sottoscrizione del Piano Assistenziale Personalizzato   da considerarsi come piena accettazione da parte della famiglia della proposta assistenziale e non   prevista alcuna rivalutazione successiva alla firma, se non nei casi all'art.6. Qualora non venga accettato il PAP proposto dalla UVM, il Case manager acquisir  il diniego chiedendo che venga riportato e sottoscritto nel PAP stesso. L'interessato o suo delegato/rappresentante potr  chiedere, motivatamente, un riesame in ordine agli esiti della valutazione e/o del progetto assistenziale o un incontro con l'UVM.

Art. 6 Rivalutazione del PAP e scadenza del PAP

L'UVM, fissa in ogni PAP la necessit  o meno di rivalutazione con indicazione di una scadenza temporale. La rivalutazione del Progetto di Assistenza Personalizzato prima della scadenza si limita ai seguenti casi:

- presenza di una scheda clinica o relazione da parte del Medico di Medicina Generale/Specialista che attesti l'aggravamento clinico cui seguir  una rivalutazione;
- presenza di una valutazione del servizio sociale che attesti una modifica delle condizioni socio-ambientali che hanno originato il PAP;
- presenza di una variazione documentata della condizione economica che, possa comportare una revisione del progetto assistenziale;
- qualora il Responsabile del PAP rilevi la necessit  di rivalutazione;
- presenza di una richiesta da parte del cittadino, previa condivisione della domanda con il Responsabile del PAP;
- richiesta da parte del Direttore di Zona Distretto/Societ  della Salute Area Pratese a cui la persona o chi per essa si   rivolta in quanto non concorde con la valutazione multiprofessionale effettuata dalla UVM.

E' cura del Responsabile del PAP, quale interfaccia tra la famiglia e l'UVM, segnalare al PUA la necessit  di rivalutazione del Progetto.

Alla scadenza temporale prevista il Progetto Assistenziale Personalizzato pu  essere:

- a) non rinnovato, se sono venute meno le condizioni che lo hanno attivato;
- b) rinnovato con le stesse condizioni (anche con procedure semplificate), qualora il Responsabile del PAP verifichi che non sono mutate le condizioni che hanno originato il PAP;
- c) rinnovato con modifiche, con nuova valutazione della UVM, qualora sentite le altre figure professionali coinvolte nell'assistenza, si abbia conferma del cambiamento delle condizioni sanitarie e socio ambientali che lo hanno originato.

Art. 7 Sede operativa e calendarizzazione delle sedute dell'UVM

L'UVM ha sede presso il presidio ASL Misericordia e Dolce in Piazza Ospedale n. 5 Prato e si riunisce con sedute programmate e calendarizzate settimanalmente preferibilmente nel giorno di mercoledì. In situazioni urgenti e/o laddove il Coordinatore UVM lo ritenga necessario possono essere programmate sedute aggiuntive.

Art. 8 Priorità d'accesso per la valutazione dell'UVM

Il PUA può programmare la discussione di alcune situazioni in UVM con tempi anticipati rispetto alla normativa nei seguenti casi:

- persone non in carico ai Servizi territoriali per le quali sia giunta segnalazione attraverso l'accesso indiretto e per i quali si ravveda la necessità di una presa in carico e valutazione al fine di produrre un PAP che garantisca tutela assistenziale alla persona non autosufficiente;
- persone beneficiarie di intervento SEUS segnalate dall'Assistente Sociale per necessità di proseguimento a loro tutela;
- persone già in carico ai Servizi territoriali per le quali gli operatori di riferimento segnalino modifiche delle condizioni socio-sanitarie che attestino la necessità di progettazione assistenziale non programmata urgente;
- persone beneficiarie di interventi a supporto della domiciliarità in post dimissione con indicazione di continuità di presa in carico;
- persone non in carico ai servizi territoriali con presentazione di istanza per le quali gli operatori (assistente sociale e infermiere di famiglia e di comunità) evidenzino la necessità di anticipare la valutazione.

ALLEGATO 3

Riferimenti normativi

I criteri di applicazione previsti dal presente Regolamento sono adottati in coerenza con gli atti normativi, di programmazione regionale e zonale e con altra normativa specifica di settore per progetti speciali finanziati. In particolare si citano i più importanti:

Legge n. 104 del 5.2.1992 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”;

D.Lgs. 502 del 30.12.1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e ss.mm.ii.;

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

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

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”;

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

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

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”;

DPCM 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie”;

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;

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;

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

2001

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;

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

DPCM 3 ottobre 2022 Adozione del Piano Nazionale per la Non Autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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);
DGR n. 1076 dell' 01/10/2018 "Indicazioni per la programmazione operativa annuale 2019 Sds/zone distretto";
DGR n. 1339 del 03/12/2018 "Presenza in carico delle persone con disordine dello sviluppo intellettivo di origine genetica: linee di indirizzo clinico organizzative – Approvazione";
DGR n. 269 del 04/03/2019 "Governance delle Reti territoriali";
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.);
Delibera GRT n. 679/2016 "Agenzia di Continuità Ospedale Territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio";
DGR n. 995 dell' 11 ottobre 2016 "Approvazione schema di accordo contrattuale relativo alla definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti in attuazione della DGR 398/2015";
DGR n. 573 del 29/05/2017 "Nuove linee guida del piano integrato di salute e del piano di inclusione zonale";
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);
DGR n. 1076 dell'01/10/2018 "Indicazioni per la programmazione operativa annuale 2019 Sds/zone distretto";
DGR n. 269 del 04/03/2019 "Governance delle Reti territoriali";
Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (PSSIR), adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 73 del 9 ottobre 2019;
DGR n. 1339 del 04/11/2019 "Integrazione alla DGRT 573/2017 Linee guida del piano integrato di salute (PIS) e del piano di inclusione zonale (PIZ), adeguamento al nuovo PSSIR 2018-2020";
DGR n. 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. 273 del 02/03/2020 "Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del PSSIR 2018-2020";
DGR n. 385 del 23/03/2020 "DGR 1339/2019 - Proroga termine per approvazione da parte di società della salute e zone distretto del Piano integrato di salute, Piano di inclusione zonale, Profilo di salute e Programma operativo annuale";
DGR n. 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"

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

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

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

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

Delibera del Direttore Generale ASL Toscana Centro n. 1460 del 24/10/2019 “Profili di armonizzazione dei “Progetti per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” attuati nelle SdS/ZD dell’Azienda USL Toscana Centro. Approvazione;

ALLEGATO 4

Glossario

SDS: Società della Salute

ACOT: Agenzia Continuità Ospedale Territorio

ADA: Adattamento Domestico Ambientale

ADS: Amministratore di Sostegno

ASC: Medico Attività Sanitaria di Comunità

FNA: Fondo Non Autosufficienza

MMG: Medico Medicina Generale

PAP: Progetto Assistenziale Personalizzato

PEI: Progetto Educativo Individualizzato

PLS: Pediatra di Libera Scelta

PTRI: Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato

PUA: Punto Unico di Accesso

SDS: Società della Salute

SERD: Servizio per le Dipendenze Patologiche

SLA: Sindrome Laterale Amiotrofica

SMA: Salute Mentale Adulti

SMIA: Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

UFSMA: Unità Funzionale Salute Mentale

UFSMIA: Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

UVMD: Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità

Z/D: Zona Distretto

Il presente verbale, previa lettura, è come appresso approvato e sottoscritto.

IL PRESIDENTE
Simone Faggi
(firmato digitalmente)

IL DIRETTORE
Lorena Paganelli
(firmato digitalmente)

PUBBLICAZIONE

(Art.124, comma 1°, D. Lgs. 18.08.2000 n° 267 e art. 10 Statuto della SdS)

Copia della presente deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio del Consorzio il e vi rimarrà per 15 giorni consecutivi.

Il DIRETTORE della SdS Pratese
Dott. ssa Lorena Paganelli
(firmato digitalmente)

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Pubblicato all'Albo dal _____ al _____

Il DIRETTORE della SdS Pratese
Dott. ssa Lorena Paganelli

Per copia conforme all'originale in carta libera per uso amministrativo.

Prato,

L'Ufficio di Segreteria

ESECUTIVITÀ

Deliberazione divenuta esecutiva a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio del Consorzio ai sensi dell'art.134, comma 3° del D. Lgs 18.08.2000 n.267.

Prato,

Deliberazione dichiarata immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, comma 4 del D.Lgs 18.08.2000 n.267.

Prato,

Il DIRETTORE della SdS Pratese
Dott. ssa Lorena Paganelli