

**REGIONE TOSCANA**  
**AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TOSCANA CENTRO**  
 Sede Legale Piazza Santa Maria Nuova n. 1 – 50122 Firenze

**DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE**

<b>Numero della delibera</b>	466
<b>Data della delibera</b>	21-03-2019
<b>Oggetto</b>	Regolamento
<b>Contenuto</b>	CRITERI DI ACCESSO AL FONDO DELLA NON AUTOSUFFICIENZA- PRESA D'ATTO DEL RELATIVO REGOLAMENTO CHE REGOLA L'ACCESSO E LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI SOCIO - ASSISTENZIALI EROGATE DALLA ZONA DISTRETTO FIRENZE SUD EST

<b>Dipartimento</b>	DIPARTIMENTO DEL DECENTRAMENTO
<b>Direttore Dipartimento</b>	TAMBURINI SUSANNA
<b>Struttura</b>	SOS SERVIZI AMMINISTRATIVI PER TERRITORIO E SOCIALE FIRENZE
<b>Direttore della Struttura</b>	CIARDETTI MARIA ANTONIETTA
<b>Responsabile del procedimento</b>	CAVALLINI MARILIANA

Conti Economici			
Spesa	Descrizione Conto	Codice Conto	Anno Bilancio
Spesa prevista	Conto Economico	Codice Conto	Anno Bilancio

Estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo		
Allegato	N° pag.	Oggetto
A	28	Criteri per l'accesso ai servizi per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(in forza del D.P.G.R. Toscana n. 33 del 28 febbraio 2019)**

**Vista** la Legge Regionale n. 84/2015 recante “*Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. Modifiche alla Legge Regionale 40/2005*”;

**Vista** la delibera n. 1720 del 24.11.2016 di approvazione dello Statuto aziendale e le conseguenti delibere di conferimento degli incarichi dirigenziali delle strutture aziendali;

**Richiamata** la LR n.66/2008 “Istituzione del Fondo regionale per la Non Autosufficienza” e la DGRT n. 385/2009 che ne costituisce l’atto di indirizzo applicativo;

**Dato atto** che la gestione del Fondo per la Non Autosufficienza per la Zona Distretto Fiorentina Sud-Est è gestito dalla USL Toscana Centro ai sensi della “Convenzione per l’esercizio delle funzioni di integrazione socio-sanitaria stipulata tra i Comuni della Zona e l’Azienda Sanitaria, approvata con Delibera del Direttore Generale n.10 del 24/07/2015 e dalla Conferenza integrata dei Sindaci con delibera n. 2 del 03/07/2015, secondo quanto previsto dall’art.70 bis della LR 40/2015;

**Considerato** che il Piano programma allegato alla succitata convenzione, tra l’altro, definisce le materie oggetto dell’esercizio associato tra cui la non autosufficienza e la disabilità all’interno del FNA, istituisce la cabina di regia con funzioni propositive e di monitoraggio, traccia i percorsi per la non autosufficienza in collaborazione con l’Unità di valutazione Multidimensionale di Zona;

**Rilevato** che in questi anni il fondo è stato gestito attraverso le regole presenti nel vigente regolamento zonale delle prestazioni socio assistenziali e da alcune decisioni ed indirizzi interpretativi che si sono susseguiti nella cabina di regia, confermate con decisione della Conferenza Integrata dei Sindaci, in sede di assemblea il giorno 28 novembre 2017;

**Rilevato** che è emersa la necessità stringente di rielaborare un testo organico e omogeneo delle regole, decisioni e indicazioni succitate, conferendogli apposita formalità attraverso l’approvazione con atto deliberativo, al fine di dare certezza e trasparenza sui criteri di accesso e gestione delle prestazioni socio assistenziali erogate dalla Zona Distretto Fiorentina Sud-Est;

**Visto** il documento denominato “Criteri per l’accesso ai servizi per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” ed i relativi allegati contenenti tabelle di valutazione, tabelle economiche oltre alla sintesi dei percorsi di accesso, uniti come parte integrante e sostanziale al presente atto sub lett. “A”, redatti da un gruppo di lavoro Azienda USL/Comuni della Zona e validati dalla Cabina di Regia nella seduta del 24/01/2019;

**Preso atto** del parere favorevole sul predetto regolamento espresso dalla Conferenza integrata dei Sindaci nella seduta del 6 marzo 2019;

**Ritenuto** pertanto di dover procedere alla sua formalizzazione e applicazione disponendo contestualmente le seguenti regole per garantire la manutenzione e il costante aggiornamento del documento succitato:

- qualora si tratti di apportare variazioni alla parte normativa, ed esattamente alle regole stabilite nei “Criteri per l’accesso ai servizi per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” , si dovrà procedere con deliberazione della Conferenza Integrata dei Sindaci previo parere della Cabina di Regia;
- qualora si tratti di procedere, invece, ad apportare variazioni delle tabelle di valutazione, economiche e sintesi dei percorsi di accesso, in virtù della loro valenza squisitamente tecnica, si potrà procedere con atto formale della ASL, previo parere della Cabina di Regia, con l’obbligo di informare la Conferenza Integrata dei Sindaci prima dell’entrata in vigore delle variazioni suddette;

**Dato atto** che questo regolamento sarà poi verificato alla luce dei risultati che saranno raggiunti dai costituiti gruppi di lavoro aziendali nell’ambito del “Progetto Non Autosufficienza”, al fine di una armonizzazione e realizzazione di percorsi equi per gli utenti fruitori delle prestazioni socio assistenziali nei vari ambiti territoriali dell’Azienda Toscana Centro, per eventuali modifiche/integrazioni nelle parti che risultassero in contrasto;

**Preso atto** che il Direttore della SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Firenze, nel proporre il presente atto attesta la regolarità tecnica ed amministrativa e la legittimità e congruenza dell’atto con le finalità istituzionali di questo Ente, stante anche l’istruttoria effettuata a cura del Responsabile del Procedimento, Dr.ssa Mariliana Cavallini, in servizio presso la Struttura Servizi amministrativi per territorio e sociale Firenze- Distretto Fiorentina Sud-Est;

**Dato atto** della legittimità, nonché della regolarità formale e sostanziale espressa dal Dirigente che propone il presente atto;

**Acquisito** il parere favorevole del Direttore SOC Servizi alle Zone-SDS, Dr.ssa Patrizia Romoli, come da comunicazione del 12.03.2019;

**Vista** la sottoscrizione dell’atto da parte del Direttore del Dipartimento del Decentramento, Dr.ssa Susanna Tamburini, che ne attesta la coerenza agli indirizzi e agli obiettivi del Dipartimento medesimo;

Su proposta del Direttore Struttura SOS Servizi amministrativi per territorio e sociale Firenze;

**Acquisito** il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociali;

## **DELIBERA**

per i motivi espressi in narrativa:

**1)** di prendere atto del parere favorevole espresso dalla Conferenza Integrata dei Sindaci durante la seduta del 6 marzo 2019 e contestualmente approvare il regolamento “Criteri per l’accesso ai servizi per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente” con i relativi allegati, uniti parte integrante e sostanziale del presente provvedimento **sub lett. “A”**;

- 2) di dare atto che tali criteri potranno essere modificati/integrati qualora si trovino a collidere con il risultato dei gruppi di lavoro aziendali per il “Progetto Non Autosufficienza” in corso di elaborazione;
- 3) di trasmettere, a cura del Responsabile del procedimento, la presente delibera alla Conferenza Integrata dei Sindaci della Zona distretto Fiorentina Sud-Est, al Direttore della Zona Distretto, il Coordinatore Sanitario, al Responsabile Unità funzionale Servizi Sociali della Zona, al Coordinatore UVM Zonale e alla SOC Contabilità Generale;
- 4) di trasmettere la presente determinazione al Collegio Sindacale a norma di quanto previsto dall’ Art. 42 comma 2, della L.R.T. 40/2005 e ss.mm.ii.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(Dr. Paolo Morello Marchese)**

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
**(Dr. Massimo Braganti)**

**IL DIRETTORE SANITARIO**  
**(Dr. Emanuele Gori)**

**IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIALI**  
**(Dr.ssa Rossella Boldrini)**

## CRITERI PER L'ACCESSO AI SERVIZI PER L'ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE

### Art. 1 - I servizi attivabili

I Servizi attivabili dall'UVM con specifico riferimento al FNA sono:

1. Servizi domiciliari:
  - a. Assistenza domiciliare in forma indiretta: Contributo badante o cure familiari
  - b. Servizio di Assistenza domiciliare in forma diretta (SAD)
  - c. Pronto sociale e tutoraggio
  - d. Centro Diurno
  - e. Ricovero Temporaneo
  
2. Servizi residenziali:
  - a. Ricovero definitivo

In caso di rifiuto da parte della famiglia di un progetto domiciliare e di un conseguente ricovero in RSA a carico della famiglia stessa è possibile ricorrere all'accomodamento ragionevole previsto dalla delibera GRT 370/2010 con monetizzazione del PAP.

#### **Contributo badante**

Si tratta di un intervento economico "a sostegno della domiciliarità" !

Tale contributo è finalizzato obbligatoriamente all'instaurazione di un rapporto di lavoro con un assistente familiare, ovvero all'acquisto di un servizio analogo di assistenza familiare da organizzazioni ed imprese. Il contributo economico non potrà comunque in alcun modo essere superiore al costo della prestazione effettuata.

Per l'accesso al contributo dovrà essere prodotto un contratto per assistenza a persone non autosufficienti di minimo 25 ore settimanali e, sulla base dell'ISEE e dell'isogravità risultante dal PAP, sarà definito l'importo spettante previsto dal Regolamento vigente; trimestralmente dovranno essere presentati i giustificativi comprovanti le spese sostenute per il pagamento dei contributi.

L'importo del contributo sarà corrisposto nella misura intera, se attivato entro la prima metà del mese; con decorrenza dal mese successivo, se attivato dopo la metà del mese. Sarà invece corrisposto per intero in qualsiasi giorno del mese avvenga la cessazione.

#### **Contributo per cure familiari**

Questo contributo è diretto a supportare la funzione assistenziale svolta dalla famiglia per la cura del congiunto in considerazione della rilevante funzione assistenziale che questi svolgono. Il contributo viene concesso solo in favore di soggetti, per i quali l'U.V.M abbia evidenziato nel PAP la necessità di erogare prestazioni di assistenza domiciliare ed i cui familiari si assumano direttamente e completamente i compiti assistenziali individuati, durante tutto l'arco della giornata.

L'importo del contributo sarà corrisposto nella misura intera, se attivato entro la prima metà del mese; con decorrenza dal mese successivo, se attivato dopo la metà del mese. Sarà invece corrisposto per intero in qualsiasi giorno del mese avvenga la cessazione.

### **Assistenza domiciliare (SAD)**

L'assistenza domiciliare è indirizzata a favorire e salvaguardare l'autonomia degli individui e la loro permanenza nel proprio ambiente di vita, prevenire e ritardare le istituzionalizzazioni, alleviare il carico assistenziale.

Per l'erogazione del servizio dovrà essere definita l'eventuale compartecipazione a carico dell'utente sulla base dell'ISEE e delle tabelle di contribuzione allegate.

### **Pronto sociale**

In situazioni di urgenza ed emergenza che si presentano a domicilio, aggravamento delle condizioni di salute, assenza improvvisa e temporanea di care-giver, situazioni sociosanitarie complesse è possibile attivare, con procedura d'urgenza, il Pronto sociale domiciliare consistente in un pacchetto di massimo 20 ore di AD. Tale servizio è attivabile con percorso diretto su proposta del Servizio Sociale Territoriale e convalida da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) alla prima seduta. In caso di dimissioni da ricovero ospedaliero è possibile attivare, su proposta della assistente sociale dell'ospedale, un pacchetto di pronto sociale di 15 ore. Questi servizi sono finalizzati al mantenimento del non autosufficiente a domicilio e sono esenti da limiti di reddito e non prevedono alcuna compartecipazione.

### **Tutoraggio**

Nell'ambito del servizio di assistenza domiciliare è possibile attivare un servizio di Tutoraggio/Supervisione attraverso il quale viene messo a disposizione un assistente domiciliare esperto (tutor), appositamente formato, a sostegno di progetti domiciliari dove l'assistenza al non-autosufficiente sia fornita dalla badante o dalla famiglia. E' previsto anche allo scopo di fornire elementi di self-management al familiare/care-giver. Tale servizio è esente da limiti di reddito, non prevede alcuna compartecipazione ed è possibile fino ad un massimo di 15 ore.

### **Centro diurno**

Struttura che offre ospitalità diurna attraverso l'apporto integrato di competenze ed il concorso di risorse sanitarie e sociali, per rispondere ai bisogni assistenziali dell'anziano parzialmente o totalmente non autosufficiente ed integrare l'azione della rete familiare. In presenza di patologie che comportano un grave deterioramento cognitivo e rilevanti disturbi del comportamento, è previsto l'inserimento in moduli specifici.

La quota sanitaria per i giorni di frequenza previsti dal PAP sarà corrisposta direttamente al Centro Diurno individuato dall'interessato/a. La compartecipazione al costo della quota sociale è definita sulla base dell'ISEE nelle tabelle di contribuzione allegate al presente. Anche tale compartecipazione è corrisposta direttamente al Centro diurno prescelto. Ogni variazione al progetto o agli effettivi giorni di frequenza dovranno essere comunicati tempestivamente al case manager e all'UVM.

### **Ricoveri temporanei e di sollievo**

I "Ricoveri di sollievo" sono finalizzati a fornire alla famiglia che garantisce la lunga assistenza domiciliare, l'opportunità di alleggerire per un periodo determinato lo stress e l'impegno di cura, consentendo un recupero sul piano fisico e fisiologico. I ricoveri di sollievo hanno durata di 30 giorni, salvo diversa determinazione dell'UVM e non possono comunque eccedere i due mesi su base annuale.

I "Ricoveri Temporanei" sono previsti con i seguenti obiettivi:

- sollievo familiare;
- permettere la riorganizzazione della famiglia/care giver della persona non autosufficiente o il superamento della inadeguatezza ambientale;
- assenza del Care Giver (con autocertificazione o documentazione a sostegno della richiesta);
- garantire una copertura assistenziale adeguata durante le ferie dell'assistente familiare assunta con regolare contratto (con presentazione di autocertificazione del familiare a sostegno della richiesta);
- rispondere alle situazioni di urgenza valutate dalla Commissione UVM;

La quota sanitaria sarà corrisposta direttamente all'RSA individuata dall'interessato/a e presente sul portale della Regione Toscana.

La compartecipazione al costo della quota sociale, così come stabilito dalla delibera n° 995/2016 della Regione Toscana, è definita sulla base dell'ISEE nelle tabelle di contribuzione allegate al presente.

Non sarà riconosciuto il ricovero temporaneo (Sollievo economico) per coloro i quali sono inseriti privatamente in struttura.

Il ricovero temporaneo è subordinato alla presentazione dell'ISEE che non deve eccedere il limite di 45.000 euro.

### **Ricoveri definitivi**

I ricoveri avvengono in RSA accreditate rispettando il principio della libera scelta. Costituiscono la risposta residenziale per i problemi degli anziani valutati non autosufficienti per i quali un progetto domiciliare risulta non essere più adeguato. In presenza di patologie che comportano un grave deterioramento cognitivo e rilevanti disturbi del comportamento, è previsto l'inserimento in moduli specifici.

La quota sanitaria sarà corrisposta direttamente all'RSA individuata dall'interessato/a e presente sul portale della Regione Toscana. L'eventuale compartecipazione al costo della quota sociale sarà definita dal Comune di residenza della persona anziana sulla base dell'ISEE residenziale e secondo quanto previsto dal Regolamento vigente e della delibera n° 995/2016 della Regione Toscana .

### **Monetizzazione del PAP**

Viene prevista in funzione del principio dell'accomodamento ragionevole, così come previsto dalla delibera GRT 370/2010: *"nell'assegnare la quota di risorse corrispondente all'intervento assistenziale considerato appropriato dall'UVM e previsto nel PAP, qualora non sia possibile sottoscrivere l'accordo con la famiglia, perché questa richiede e accetta solo un intervento residenziale, le risorse previste nel pap domiciliare saranno assegnate alla RSA convenzionata solo in caso di effettivo ricovero nella stessa e senza che sia prevista la corresponsione della quota sanitaria"*.

Al momento dell'attivazione del progetto, secondo le chiamate dalle liste di priorità, il care giver o la persona di riferimento, in presenza di ISEE inferiore ai limiti stabiliti può richiedere la monetizzazione della prestazione prevista dal PAP per l'importo indicato nelle apposite tabelle allegate al presente. Tale importo verrà corrisposto direttamente alla RSA di libera scelta e presente sul portale della Regione Toscana.

L'importo erogato non può comunque superare quello previsto per il Contributo economico alta intensità assistenziale calcolato sulla base dell'ISEE e dell'isogravità dell'utente.

## Art. 2 - i criteri per l'accesso

In considerazione di una sempre crescente domanda di interventi assistenziali rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente ed in considerazione delle risorse limitate, si rende necessario predisporre liste di priorità tra tutti coloro che possiedono i requisiti per l'accesso ai servizi, ai quali sia stata riconosciuta dall'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) un'intensità assistenziale pari ai livelli di isogravità 3, 4 e 5.

### Interventi in urgenza

Il servizio in urgenza è un intervento tempestivo e non differibile nel tempo, a tutela della persona anziana; è valutato dalla commissione UVM senza considerare la posizione raggiunta nelle liste di priorità.

L'obiettivo è la tutela della persona.

Tutti gli interventi dati in urgenza devono essere attivati nel più breve tempo possibile dalla data del PAP e comunque non oltre 10 giorni. L'attivazione deve essere comunicata al PUA con mail da parte del responsabile del progetto; eventuali ritardi dovranno esser motivati al PUA.

### Interventi a scasso ricovero

Autorizzato dalla commissione UVM, è relativo a condizione che necessita di attivazione tempestiva di un progetto appropriato, senza considerare la posizione raggiunta nella lista di priorità, in quanto costituisce elemento imprescindibile che permette di evitare un progetto di residenzialità.

L'obiettivo è il mantenimento della domiciliarità.

## Criteri per l'inserimento nelle liste di priorità

### Servizi di assistenza domiciliare in forma indiretta (Contributo)

In coerenza con il "Regolamento per l'erogazione degli interventi e dei servizi di assistenza e promozione sociale" per redigere la lista di priorità tra tutti coloro che hanno diritto a servizi di assistenza domiciliare in forma indiretta attraverso un contributo economico per l'assunzione di un assistente familiare o un contributo previsto "cure familiari", sono stati individuati come criteri di priorità:

- **Anziano solo** ossia privo di coniuge e privo di figli. Si intende compreso in questa fascia anche la persona non autosufficiente con coniuge non in grado di prestare adeguata assistenza e/o con un unico figlio in possesso di attestato di handicap in situazione di gravità e/o invalido civile al 100%;
- **Indicatore rete assistenziale iacad:** misura la capacità del coniuge e dei figli in qualità di attuatori dell'assistenza, anche se solo "potenziali" (schede multidimensionali);
- **Livello di isogravità:** corrisponde all'intensità del bisogno di assistenza in rapporto alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale e socio-ambientale. Valuta il grado di autonomia dell'interessato (schede multidimensionali);
- **VEB:** misura la situazione economica della persona interessata (schede multidimensionali);

- **Complessità assistenziale infermieristica:** determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi;
- **Complessità assistenziale sociale:** determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravit  3, 4, 5 o di persone con invalidit  civile al 100% o in possesso di certificazione di handicap in situazione di gravit .

Calcolo punteggio: Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorit  si ottiene sommando i punteggi attribuiti ai sopra richiamati criteri come definito nell'allegata "Scheda A".

Qualora l'importo per il contributo per l'assistenza domiciliare indiretta non sia sufficiente a garantire all'anziano l'assunzione di un'assistente familiare,   prevista la deroga a quanto disposto dalle tabelle riportate al reddito ISEE. L'UVM potr  disporre l'erogazione di un **contributo potenziato** di importo adeguato fino ad un massimo stabilito nell'allegata scheda A. In questi casi, a giustificazione della richiesta in deroga, sar  cura del referente del progetto produrre la documentazione certificata della situazione economica e/o delle spese sostenute e comunicare immediatamente qualsiasi variazione a livello economico. L'UVM pu  richiedere report periodici sull'andamento del progetto ove ritenuti necessari.

### **Servizi di assistenza domiciliare in forma diretta (SAD)**

In coerenza con il "Regolamento per l'erogazione degli interventi e dei servizi di assistenza e promozione sociale" per redigere la lista di priorit  tra tutti coloro che hanno diritto a servizi di assistenza domiciliare in forma diretta, sono stati individuati come criteri di priorit :

- **Anziano solo** ossia privo di coniuge e privo di figli. Si intende compreso in questa fascia anche la persona non autosufficiente con coniuge non in grado di prestare adeguata assistenza e/o con un unico figlio in possesso di attestato di handicap in situazione di gravit  e/o invalido civile al 100%;
- **Indicatore rete assistenziale iacad:** misura la capacit  del coniuge e dei figli in qualit  di attuatori dell'assistenza, anche se solo "potenziali" (schede multidimensionali);
- **Livello di isogravit :** corrisponde all'intensit  del bisogno di assistenza in rapporto alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale e socio-ambientale. Valuta il grado di autonomia dell'interessato (schede multidimensionali);
- **Capacit /copertura assistenziale:** misura il bisogno assistenziale della persona nello svolgimento delle attivit  di base della vita quotidiana e di sorveglianza nelle fasce orarie diurne e notturne (schede multidimensionali)
- **Complessit  assistenziale infermieristica:** determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi;
- **Complessit  assistenziale sociale:** determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravit  3, 4, 5 o di persone con invalidit  civile al 100% o in possesso di certificazione di handicap in situazione di gravit .

Calcolo punteggio: Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità si ottiene sommando i punteggi attribuiti ai sopra richiamati criteri come definito nell'allegata "Scheda B".

Il numero minimo e massimo di ore di SAD che è possibile inserire nei progetti è indicato nell'allegata scheda B. E' possibile discostarsi da tali limiti solo con esplicita motivazione scritta da parte dell'UVM, riportata nel PAP.

### **Strutture di ricovero semiresidenziale (centri diurni)**

In coerenza con il "Regolamento per l'erogazione degli interventi e dei servizi di assistenza e promozione sociale" per redigere la lista di priorità tra tutti coloro che hanno diritto a servizi di assistenza domiciliare in forma diretta, sono stati individuati come criteri di priorità:

- **Anziano solo**, ossia privo di coniuge e privo di figli. Si intende compreso in questa fascia anche la persona non autosufficiente con coniuge non in grado di prestare adeguata assistenza e/o con un unico figlio in possesso di attestato di handicap in situazione di gravità e/o invalido civile al 100%;
- **Livello di isogravità:** corrisponde all'intensità del bisogno di assistenza in rapporto alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale e socio-ambientale. Valuta il grado di autonomia dell'interessato (schede multidimensionali)
- **Capacità/copertura assistenziale:** misura il bisogno assistenziale della persona nello svolgimento delle attività di base della vita quotidiana e di sorveglianza nelle fasce orarie diurne e notturne (schede multidimensionali) Questo indicatore rappresenta l'effettivo bisogno di assistenza nell'arco delle 24h e di conseguenza segnala la mancata copertura assistenziale in alcune ore della giornata o in alcuni giorni della settimana
- **Relazione e attività di socializzazione:** indica il bisogno di tipo relazionale valutato sull'intera giornata attribuendo un punteggio in base ai diversi gradi di soddisfazione del bisogno.
- **Complessità assistenziale infermieristica:** determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi;
- **Complessità assistenziale sociale:** determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravità 3, 4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in possesso di certificazione di handicap in situazione di gravità.

Calcolo punteggio: Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità si ottiene sommando i punteggi attribuiti ai sopra richiamati criteri come definito nell'allegata "Scheda D".

### **Strutture di ricovero residenziale temporaneo**

Al momento non esistono nella Zona liste di priorità riferite ai ricoveri temporanei.

## **Strutture di ricovero residenziale permanente**

In coerenza con il “Regolamento per l'erogazione degli interventi e dei servizi di assistenza e promozione sociale” per redigere la lista di priorità tra tutti coloro che hanno diritto all'erogazione di quota sanitaria per il ricovero permanente in RSA, sono stati individuati come criteri di priorità:

- **Anziano solo** ossia privo di coniuge e privo di figli. Si intende compreso in questa fascia anche la persona non autosufficiente con coniuge non in grado di prestare adeguata assistenza e/o con un unico figlio in possesso di attestato di handicap in situazione di gravità e/o invalido civile al 100%;
- **Livello di isogravità:** corrisponde all'intensità del bisogno di assistenza in rapporto alle aree clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale e socio-ambientale. Valuta il grado di autonomia dell'interessato (schede multidimensionali);
- **Indicatore rete assistenziale:** misura la presenza attiva di familiari e non familiari coinvolti nell'assistenza della persona anziana (schede multidimensionali).
- **Condizione abitativa:** indica l'idoneità dell'alloggio in base alla presenza di barriere architettoniche non superabili, in base alle condizioni igieniche e di comfort e rispetto alla possibilità di ospitare personale privato di assistenza.
- **Complessità assistenziale infermieristica:** è determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi.
- **Complessità assistenziale sociale:** è determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravità 3,4, 5 o di persone con invalidità civile al 100% o in possesso di certificazione di handicap in situazione di gravità.

Calcolo punteggio: Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità si ottiene sommando i punteggi attribuiti ai sopra richiamati criteri come definito nell'allegata “Scheda C”.

### **Art. 3 – il percorso per l'accesso**

Il percorso di richiesta di valutazione multidisciplinare per il riconoscimento della non-autosufficienza e l'attivazione dei percorsi previsti dal presente atto partono dal **Punto Insieme** del Comune di Residenza dove il cittadino si reca per essere orientato su percorsi e procedure.

Tale sportello rappresenta la porta di accesso al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza ed è collegato funzionalmente con tutta la rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari territoriali.

Il Punto Insieme rappresenta un'articolazione del PUA, costituendo uno dei livelli base di cittadinanza sociale; si caratterizza per la sua elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella sua strutturazione. Il Servizio fornisce le prime informazioni sui possibili percorsi, sulla documentazione necessaria per gli stessi e sulle modalità di attivazione, facilitando un accesso unificato alle prestazioni e ai servizi previsti dal fondo e semplificando i passaggi che la persona stessa e i suoi familiari devono compiere. In specifico per il FNA verrà fornita la modulistica riassuntiva del percorso.

Al cittadino viene chiesto di presentare la richiesta di valutazione del bisogno, lasciando che sia poi la struttura organizzativa ad assicurare la risposta appropriata in tempi certi e predefiniti.

Per l'attivazione del percorso il cittadino dovrà sottoscrivere la domanda di valutazione allegando:

- la scheda medica compilata;
- l'ISEE in corso di validità oppure l'avvenuta richiesta dello stesso; il cittadino può anche sottoscrivere la rinuncia alla presentazione dell'ISEE in quanto la legge 66/2008 e successiva delibera 370/10, non precludono l'apertura del percorso di valutazione della non autosufficienza senza ISEE, ma viene stabilito che, in mancanza di Isee in corso di validità, la commissione UVM non formulerà PAP, salvo urgenze (a tutela).
- la fotocopia di un documento dell'anziano per il quale è richiesta la valutazione ed eventualmente fotocopia del documento di chi presenta la segnalazione.

L'istanza verrà inviata dall'operatore del Punto Insieme al Punto Unico di Accesso (PUA) tramite supporti telematici, rilasciando una ricevuta di ricezione della domanda.

Il PUA assicura la presa in carico del cittadino attraverso la gestione e il coordinamento della rete territoriale dei servizi per la non autosufficienza e attiva il percorso di valutazione che prevede la visita al domicilio dell'anziano – previo appuntamento – da parte dell'assistente sociale e del servizio infermieristico in forma congiunta o separata.

Sulla base della valutazione dei diversi operatori coinvolti, l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) elabora un Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) entro 30 giorni dalla presentazione della domanda completa al Punto Insieme.

#### **Art. 4 – funzionamento dell'UVM**

L'Unità di Valutazione Multidisciplinare è composta da:

- un medico di distretto
- un assistente sociale
- un infermiere

L'UVM è di volta in volta integrata da:

- gli operatori coinvolti nella valutazione del caso
- eventuali professionalità specialistiche
- medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione

Alla Unità di Valutazione competono:

- la valutazione multidimensionale e la verifica della sussistenza delle condizioni di bisogno della persona non autosufficiente;
- l'individuazione dell'indice di gravità del bisogno;
- la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP), con indicazioni quantitative e temporali relative alle prestazioni sociosanitarie appropriate domiciliari, semiresidenziali e residenziali;
- la sua condivisione con la famiglia;
- la periodica verifica degli obiettivi del PAP e della appropriatezza delle prestazioni erogate, nonché le eventuali rivalutazioni previste.
- La decisione su eventuali deroghe motivate per raggiungere gli obiettivi previsti dal PAP

L'UVM si riunisce in modo da garantire la possibilità di risposta al cittadino entro 30 (trenta) gg. dalla presentazione della domanda completa al Punto Insieme.

L'UVM è convocata dal Coordinatore, attraverso personale amministrativo afferente al PUA; gli operatori territoriali hanno almeno dieci giorni lavorativi tra l'assegnazione del caso e la data di convocazione della commissione UVM per effettuare la valutazione

multidimensionale. E' possibile una convocazione d'urgenza, previa accordo con il case manager; in questo caso i tempi di risposta al cittadino sono ridotti a quindici (15).

L'UVM valuta il bisogno complesso in base alle schede di valutazione medica, sociale ed infermieristica e di quant'altro ci sia agli atti. Lavora raggiungendo possibilmente l'uniformità tra tutti gli operatori nella definizione di un progetto assistenziale personalizzato. Ove ciò non accada verrà comunque elaborato un PAP sulla base delle indicazioni del Coordinatore. I componenti che non condividono il PAP possono non sottoscriverlo; in tal caso dovranno esplicitarne le motivazioni che verranno messe a verbale.

### **Art. 5 - il PAP (Progetto Assistenziale Personalizzato)**

Gli interventi assistenziali dovranno essere indicati nella formulazione del PAP utilizzando le schede di valutazione multidimensionale di cui al precedente articolo.

Tali schede, redatte in piena autonomia tecnico professionale dai singoli professionisti, costituiscono lo strumento che individua il punteggio in lista.

Il punteggio che stabilisce l'ordine di priorità per l'erogazione dei servizi sarà calcolato contestualmente alla stesura del PAP nel corso della apposita seduta UVM.

Il PAP, firmato dai componenti della commissione UVM e dall'assistente sociale referente, viene inviato tramite mail dall'ufficio amministrativo PUA alla persona di riferimento indicata nella domanda di valutazione. Se al momento dell'apertura del percorso la persona di riferimento per l'anziano/a non ha indicato una mail, il PAP verrà inviato dal PUA al P. I. dove il cittadino potrà ritirarlo. A questo invio viene allegata la Scheda Informativa del Progetto, contenente le indicazioni sulla parte successiva del percorso (responsabilità cittadino, liste di attesa, ecc). I PAP devono esser firmati dal care giver e riconsegnati al Punto Insieme che provvederà ad inviarli tempestivamente al PUA. Il cittadino può rivolgersi all'assistente sociale responsabile per il progetto qualora necessiti di ulteriori chiarimenti.

In caso di condivisione del PAP il nominativo sarà inserito nelle liste di priorità e l'attivazione del progetto sarà subordinata allo scorrimento delle graduatorie.

Le liste di priorità si chiudono ogni venti del mese corrente. Il progetto viene inserito in lista con la data di invio al PUA.

In caso di non condivisione del PAP, il cittadino si rivolgerà all'assistente sociale di riferimento per trovare un accordo progettuale (esempio *monetizzazione*) o, in ultima analisi, valutare insieme di chiedere un incontro con la Commissione UVM che ha elaborato il PAP.

L'attivazione effettiva di quanto previsto nel PAP avverrà solo previo scorrimento della lista di priorità e ne sarà data comunicazione dal case manager, che dovrà informare il cittadino. La comunicazione al case manager circa la disponibilità delle risorse per l'attivazione dell'intervento è data dalla struttura Amministrativa di Zona.

Dalla comunicazione di avvio il cittadino avrà 30 giorni di tempo per produrre la documentazione necessaria ad attivare l'intervento previsto.

Al fine di garantire adeguata trasparenza, le liste di priorità saranno inviate mensilmente a tutti i referenti dei Comuni.

Il responsabile del progetto (case manager) è tenuto a comunicare tempestivamente eventuali variazioni quali il decesso della persona assistita, il trasferimento di residenza, il ricovero in RSA o in ospedale, e/o altri motivi che giustifichino la sospensione del servizio. Il cittadino (diretto interessato, suo familiare o curatore/tutore/amministratore di sostegno),

alla scadenza indicata sul PAP, dovrà richiedere una nuova valutazione per l'aggiornamento della pratica, con scheda clinica e ISEE in corso di validità, recandosi al Punto Insieme o dall'assistente sociale di riferimento che riattiveranno il percorso.

La verifica del PAP è effettuata una volta all'anno, salvo variazioni significative, opportunamente certificate, sia delle condizioni sociali che sanitarie della persona assistita.

Il cittadino potrà altresì richiedere una nuova valutazione prima della scadenza del PAP documentando l'aggravamento e/o il cambiamento delle condizioni sociali e/o sanitarie che devono essere inviate precedentemente al PUA che le valuta prima di dare il consenso alla riapertura.

### **Art. 6 – incompatibilità con altri interventi**

Al momento della presentazione della domanda, il dichiarante deve comunicare se la persona interessata alla valutazione stia usufruendo o meno di altri interventi assistenziali, sostenuti da altri fondi impegnandosi, qualora vi siano modifiche in tal senso, a darne immediata comunicazione al Servizio Sociale Territoriale che ha in carico la situazione; in tal caso il P.A.P. sarà rivalutato indipendentemente dalla sua data di scadenza.

Il contributo economico, finalizzato all'assunzione di personale privato addetto all'assistenza, è incompatibile con altri contributi economici, erogati con la medesima finalità; pertanto, qualora venga riconosciuto dalla Commissione UVM, previo scorrimento delle liste di priorità, un contributo economico da FNA e l'utente stia già usufruendo di un contributo economico HCP, quest'ultimo deve decidere quale delle due prestazioni mantenere. Qualora sia scelto il contributo economico HCP, il cittadino o suo rappresentante deve fare richiesta di "sospensione" del contributo economico da FNA, compilando l'apposito modulo.

La prestazione sospesa può essere ripristinata al termine del progetto HCP, previa nuova valutazione da parte della Commissione UVM della sussistenza dei requisiti (condizione di bisogno, isogravità, isee, contratto...), indipendentemente dalla data di scadenza del P.A.P.

La commissione UVM nell'elaborazione del Pap terrà conto anche di eventuali prestazioni integrative, diverse dal contributo economico, previste nel progetto HCP, valutandole la compatibilità con quelle previste dal FNA.

### **Art. 7 - Compartecipazioni alla spesa**

Le compartecipazioni al costo dei servizi e l'importo dei contributi economici sono stabilite nelle apposite tabelle allegate al presente.

Qualora il PAP preveda più di una prestazione per le quali l'utente debba compartecipare, ai due servizi dovranno corrispondere due compartecipazioni, ma su quella più alta verrà effettuato un abbattimento del 20%.

In casi eccezionali ed adeguatamente motivati, possono essere concesse deroghe alla compartecipazione. La deroga può esser richiesta al momento del progetto, in sede di discussione del caso, oppure al momento dell'attivazione dalle liste. Ogni deroga deve esser sempre discussa in commissione UVM con apposita documentazione.

**allegati**

1. SCHEDA A - Contributo assistenza domiciliare indiretta - Calcolo punteggio
2. SCHEDA B - Contributo assistenza domiciliare diretta (SAD) - Calcolo punteggio
3. SCHEDA C - erogazione quota sanitaria per strutture di ricovero residenziale permanente - Calcolo punteggio
4. SCHEDA D - erogazione quota sanitaria per strutture di ricovero semiresidenziale (centri diurni) - Calcolo punteggio
5. TABELLE ECONOMICHE con coefficienti
6. PERCORSO ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
7. RESTITUZIONE del PAP e ATTIVAZIONE dei SERVIZI

## SCHEDA A - Contributo assistenza domiciliare indiretta - Calcolo punteggio

Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità si ottiene sommando:

- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente agli indici della scheda di valutazione sociale "Valutazione economica di base" (Tab.A - VEB)
- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente alla rete assistenziale rilevata (Tab.B - RETE)
- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente al livello di isogravit  (Tab.C - ISO)
- l'eventuale punteggio dato per l'anziano solo e/o per l'elevata complessit  sia sociale che infermieristica;
- il punteggio di anzianit  in lista.

La Tabella "A" si costruisce riportando il punteggio ottenuto dal calcolo degli indicatori della scheda "Valutazione Economica di Base".

<b>VEB</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Punti</b>	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0

Rispetto al **contributo per cure familiari**, oltre ai punteggi sopra esposti, si definisce di aggiungere punti 1 alla somma totale, in quanto, non essendoci spese dichiarate, si evidenzia un pregiudizio rispetto alla veb.

La Tabella "B" si costruisce attribuendo un punteggio da 0,5 a 5 punti, dopo aver suddiviso in 10 fasce il punteggio ottenuto dal calcolo degli indicatori della scheda "Rete Assistenziale iacad" (schede multidimensionali). Il punteggio di 0,5   attribuito alla fascia che va da 19 a 20 punti di Rete e via seguendo fino ad un punteggio max di di 5 punti, assegnato alla fascia che va da 0 a 2 punti, come illustrato nella tabella.

<b>Rete</b>	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20
<b>Punti</b>	5	4,5	4	3,5	3	2,5	2	1,5	1	0,5

La Tabella "C" si costruisce attribuendo ai livelli di isogravit  un punteggio pari a 5 per il livello 5, pari a 3 per il livello 4 e pari a 1 per il livello 3.

<b>Isogravit�</b>	<b>Punti</b>
3	1
4	3
5	5

**Complessit  assistenziale infermieristica:**   determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi. Ai fini del punteggio,   prevista la seguente graduazione:

- bassa complessit  assistenza infermieristica 0 (zero)
- media complessit  assistenza infermieristica 1 (uno)
- alta complessit  assistenza infermieristica 2 (due)

**Complessit  assistenziale sociale:**   determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravit  3,4, 5 o di persone con invalidit  civile al 100% o in possesso di certificazione di handicap in situazione di gravit . La complessit  sociale comporta l'assegnazione di 3 punti.

**Punteggio di anzianità in lista**

- per ogni mese di permanenza in lista viene conteggiato il punteggio di 0,5 fino ad un massimo di 12 punti

In caso di punteggio identico, l'inserimento in lista sarà effettuato in base alla data di segnalazione al PUA.

Importo massimo contributo potenziato: € 800,00.

## **SCHEDA B - Contributo assistenza domiciliare diretta (SAD) - Calcolo punteggio**

Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità per il contributo assistenza domiciliare indiretta si ottiene sommando:

- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente agli indici della scheda di valutazione sociale "Capacità/copertura assistenziale" (Tab.A - CURA)
- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente alla rete assistenziale rilevata (Tab.B - RETE)
- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente al livello di isogravit  (Tab.C - ISO)
- l'eventuale punteggio dato per l'anziano solo e/o per l'elevata complessit  sia sociale che infermieristica;
- il punteggio di anzianit .

La Tabella "A" si costruisce riportando il punteggio ottenuto dal calcolo degli indicatori della scheda "Capacit /copertura assistenziale".

<b>CURA</b>	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4	4,5	5	5,5	6	6,5	7	7,5	8	8,5	9	9,5	10
<b>Punti</b>	10	9,5	9	8,5	8	7,5	7	6,5	6	5,5	5	4,5	4	3,5	3	2,5	2	1,5	1	0,5	0

La Tabella "B" si costruisce attribuendo un punteggio da 1 a 10 punti, dopo aver suddiviso in 10 fasce il punteggio ottenuto dal calcolo degli indicatori della scheda "Rete Assistenziale iacad" (schede multidimensionali). Il punteggio di 1   attribuito alla fascia che va da 19 a 20 punti di Rete e via seguendo fino ad un punteggio max di di 10 punti, assegnato alla fascia che va da 0 a 2 punti, come illustrato nella tabella.

<b>Rete</b>	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20
<b>Punti</b>	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1

La Tabella "C" si costruisce attribuendo ai livelli di isogravit  un punteggio pari a 5 per il livello 5, pari a 3 per il livello 4 e pari a 1 per il livello 3.

<b>Isogravit�</b>	<b>Punti</b>
3	1
4	3
5	5

**Anziano solo**, ai fini del punteggio la condizione di anziano solo comporta 10 punti. E' da precisare che in presenza di attribuzione di tale punteggio, non verr  attribuito quello per la complessit  sociale

**Complessit  assistenziale infermieristica:**   determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi. Ai fini del punteggio,   prevista la seguente graduazione:

- bassa complessit  assistenza infermieristica 0 (zero)
- media complessit  assistenza infermieristica 1 (uno)
- alta complessit  assistenza infermieristica 2 (due)

**Complessit  assistenziale sociale:**   determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravit  3,4, 5 o di persone con invalidit  civile al 100% o in possesso di certificazione di

handicap in situazione di gravità. La complessità sociale comporta l'assegnazione di 3 punti.

**Punteggio di anzianità in lista**

- per ogni mese di permanenza in lista viene conteggiato il punteggio di 0,5 fino ad un massimo di 12 punti

In caso di punteggio identico, l'inserimento in lista sarà effettuato in base alla data di segnalazione al PUA.

**Importo contributo potenziato:** fino ad un massimo di € 800,00

## SCHEMA C - erogazione quota sanitaria per strutture di ricovero residenziale permanente - Calcolo punteggio

Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità per l'erogazione della quota sanitaria per ricovero permanente in RSA si ottiene sommando:

- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente agli indici della scheda di valutazione sociale "Condizione abitativa" (Tab.A - CASA)
- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente alla rete assistenziale rilevata (Tab.B - RETE)
- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente al livello di isogravit  (Tab.C - ISO)
- l'eventuale punteggio dato per l'anziano solo e/o per l'elevata complessit  sia sociale che infermieristica;
- il punteggio di anzianit  in lista.

La Tabella "A" si costruisce riportando il punteggio ottenuto dal calcolo degli indicatori della scheda "Condizione abitativa".

<b>CASA</b>	0-5	6-10
<b>Punti</b>	2	0

La Tabella "B" si costruisce attribuendo il punteggio ottenuto dal calcolo degli indicatori della scheda "Rete Assistenziale iacad" (schede multidimensionali). Il punteggio di 5   attribuito alla fascia che va da 0 a 10 punti di Rete come illustrato nella tabella.

<b>Rete</b>	0-10	11-20
<b>Punti</b>	5	0

La Tabella "C" si costruisce attribuendo ai livelli di isogravit  un punteggio pari a 5 per il livello 5, pari a 3 per il livello 4 e pari a 1 per il livello 3.

<b>Isogravit�</b>	<b>Punti</b>
3	3
4	4
5	5

**Anziano solo**, ai fini del punteggio la condizione di anziano solo comporta 10 punti. E' da precisare che in presenza di attribuzione di tale punteggio, non verr  attribuito quello per la complessit  sociale

**Complessit  assistenziale infermieristica:**   determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi. Ai fini del punteggio,   prevista la seguente graduazione:

- bassa complessit  assistenza infermieristica 0 (zero)
- media complessit  assistenza infermieristica 1 (uno)
- alta complessit  assistenza infermieristica 2 (due)

**Complessit  assistenziale sociale:**   determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravit  3,4, 5 o di persone con invalidit  civile al 100% o in possesso di certificazione

di handicap in situazione di gravità. La complessità sociale comporta l'assegnazione di 3 punti.

**Punteggio di anzianità**

- per ogni mese di permanenza in lista viene conteggiato il punteggio di 0,5 fino ad un massimo di 12 punti

In caso di punteggio identico, l'inserimento in lista sarà effettuato in base alla data di segnalazione al PUA.

## SCHEDA D - erogazione quota sanitaria per strutture di ricovero semiresidenziale (centri diurni) - Calcolo punteggio

Il punteggio che determina la posizione nella lista di priorità per l'erogazione della quota sanitaria per l'inserimento nel Centro Diurno si ottiene sommando:

- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente agli indici della scheda di valutazione sociale "Capacità/copertura assistenziale" (Tab.A - CURA)
- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente agli indici della scheda di valutazione sociale "relazione e attività di socializzazione" (Tab.B - Relazione)
- il punteggio attribuito alla fascia corrispondente al livello di isogravit  (Tab.C - ISO)
- l'eventuale punteggio dato per l'anziano solo e/o per l'elevata complessit  sia sociale che infermieristica;
- il punteggio di anzianit  in lista.

La Tabella "A" si costruisce riportando il punteggio ottenuto dal calcolo degli indicatori della scheda "Condizione abitativa".

<b>CURA</b>	0-5	6-10
<b>Punti</b>	5	2

La Tabella "B" si costruisce attribuendo il punteggio ottenuto dal calcolo degli indicatori della scheda "Rete Assistenziale iacad" (schede multidimensionali). Il punteggio di 5   attribuito alla fascia che va da 0 a 10 punti di Rete come illustrato nella tabella.

<b>Relazione</b>	0	2	5
<b>Punti</b>	2	1	0

La Tabella "C" si costruisce attribuendo ai livelli di isogravit  un punteggio pari a 5 per il livello 5, pari a 3 per il livello 4 e pari a 1 per il livello 3.

<b>Isogravit�</b>	<b>Punti</b>
3	3
4	4
5	5

**Anziano solo**, ai fini del punteggio la condizione di anziano solo comporta 10 punti. E' da precisare che in presenza di attribuzione di tale punteggio, non verr  attribuito quello per la complessit  sociale

**Complessit  assistenziale infermieristica:**   determinata prevalentemente da bisogni infermieristici rilevati dalla scheda di competenza in base alla frequenza settimanale degli interventi. Ai fini del punteggio,   prevista la seguente graduazione:

- bassa complessit  assistenza infermieristica 0 (zero)
- media complessit  assistenza infermieristica 1 (uno)
- alta complessit  assistenza infermieristica 2 (due)

**Complessit  assistenziale sociale:**   determinata prevalentemente da aspetti sociali, dati dalla presenza nello stesso nucleo familiare di 2 persone non autosufficienti con isogravit  3,4, 5 o di persone con invalidit  civile al 100% o in possesso di certificazione

di handicap in situazione di gravità. La complessità sociale comporta l'assegnazione di 3 punti.

**Punteggio di anzianità**

- per ogni mese di permanenza in lista viene conteggiato il punteggio di 0,5 fino ad un massimo di 12 punti

In caso di punteggio identico, l'inserimento in lista sarà effettuato in base alla data di segnalazione al PUA.



**Conferenza dei Sindaci**  
della Zona Distretto Fiorentina Sud Est

Azienda USL Toscana centro

Si Attesta che in data odierna il /la Sig./Sig.ra

.....

in qualità di .....

del /la Sig./Sig.ra.....

ha consegnato il PAP firmato.

Data .....

Operatore Punto Insieme :.....

Firma Operatore Punto Insieme

:.....



**FNA - TABELLA CONTRIBUTI MENSILI ASSISTENZA DOMICILIARE INDIRETTA  
(CONTRIBUTO ECONOMICO BADANTE)**

***Contributi mensili massimi erogabili***

La prima tabella individua i contributi mensili massimi erogabili per ciascuna categoria di riferimento. Ogni categoria è individuata dall'incrocio tra Isogravit  e intensit  di assistenza.

Isogravit�	CURE FAMILIARI	MEDIA INTENSITA'	ALTA INTENSITA'
5	€ 250,00	€ 340,00	€ 494,00
4	€ 150,00	€ 200,00	€ 340,00
3	€ 100,00	€ 150,00	€ 200,00

Per Media intensit  di assistenza deve esserci un contratto tipologia badante min. 25 ore settimanali  
Per Alta intensit  di assistenza deve esserci un contratto tipologia badante min. 35 ore settimanali

***Soglie e coefficienti***

SCM - Soglia ISEE contributo massimo	SLC - Soglia ISEE limite contribuzione	Coefficiente
€ 8.500,00	€ 36.000,00	$1 - (ISEE - SCM) / (SLC - SCM)$

Il **Contributo mensile**   calcolato moltiplicando il Contributo massimo erogabile nella categoria di riferimento per il Coefficiente sopra indicato.

Il **Coefficiente**   dato dalla formula indicata in tabella:

1 meno rapporto tra:

- differenza ISEE del beneficiario e Soglia ISEE contributo massimo e
- differenza tra soglia ISEE limite contribuzione e soglia ISEE contributo massimo

Per l'individuazione del contributo mensile spettante   disponibile un foglio di calcolo che permette di determinarlo con semplicit  conoscendo il valore ISEE ed il contributo massimo erogabile per la categoria di riferimento.

Es: in caso di contributo media intensit  per Isogravit  5 con ISEE pari a euro 18.000 avremo un contributo pari ad euro 222,55 dato da:

$$340 \times 1 - (18.000 - 8.500) / 36.000 - 8.500)$$

$$340 \times 1 - 0,345454$$

$$340 \times 0,654545 = 222,55$$

ISEE inferiori a 8.500 avranno il massimo del contributo erogabile per la propria categoria  
ISEE superiori a 36.000 non accedono a contributo.

## FNA - TABELLA CONTRIBUZIONE ORARIA A CARICO UTENTE PER INTERVENTI DI ASSISTENZA DOMICILIARE DIRETTA

### *Contribuzione massima*

La prima tabella individua la contribuzione oraria massima che il cittadino si troverà a pagare per ciascuna ore di AD erogata. Individua altresì la Base per il Coefficiente e la Costante che viene aggiunta al risultato.

Contribuzione oraria massima (COM)	Costante (K)	Base coefficiente (BE) COM-K
€ 15,00	€ 3,00	€ 12,00

### *Soglie e coefficienti*

SE - Soglia ISEE esenzione	SMC - Soglia ISEE massima contribuzione	Coefficiente
€ 8.500,00	€ 36.000,00	$\frac{(ISEE - SE)}{(SMC - SE)}$

Il Contributo è calcolato moltiplicando la Base coefficiente (BE) per il coefficiente sopra indicato ed aggiungendo al risultato il valore della costante (K).

Il coefficiente è dato dal rapporto tra:

- differenza ISEE del beneficiario e Soglia ISEE di esenzione e
- differenza tra soglia ISEE massima contribuzione e soglia ISEE esenzione

Per l'individuazione dell'importo di contribuzione massima a carico dell'utente è disponibile un foglio di calcolo che permette di determinarlo con semplicità conoscendo il valore ISEE.

Es: in caso di ISEE pari a euro 18.000 avremo un contributo orario a carico dell'utente pari ad euro 7,15 dato da:

$$\begin{aligned} & 12 \times (18.000 - 8.500) / 36.000 - 8.500) + 3 \\ & 12 \times 0,345454 + 3 \\ & 4,15 + 3 = 7,15 \end{aligned}$$

ISEE inferiori a 8.500 euro non pagheranno alcuna contribuzione.

Per ISEE superiore a 36.000 euro sarà addebitato il costo intero della prestazione meno il valore della costante.

Es: con costo orario da appalto pari ad euro 20,00 – il contributo massimo è pari a  $20 - 3 = 17$

**FNA – TABELLA COMPARTECIPAZIONE GIORNALIERA RETTE  
STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI - CENTRI DIURNI**

***Contribuzione massima***

La contribuzione giornaliera massima che il cittadino si troverà a pagare per ciascun giorno di utilizzo del Centro Diurno, indipendentemente dalla retta stabilita da ciascuna struttura è determinata in **euro 33,00 (CM)**

***Soglie e coefficienti***

<b>SE - Soglia ISEE esenzione</b>	<b>SMC - Soglia ISEE massima contribuzione</b>	<b>Coefficiente</b>
<b>€ 7.000,00</b>	<b>€ 31.000,00</b>	$\frac{(ISEE - SE)}{(SMC - SE)}$

Il Contributo è calcolato moltiplicando la contribuzione massima (CM) per il coefficiente sopra indicato.

Il coefficiente è dato dal rapporto tra:

- differenza ISEE del beneficiario e Soglia ISEE di esenzione e
- differenza tra soglia ISEE massima contribuzione e soglia ISEE esenzione

Per l'individuazione dell'importo di contribuzione giornaliera massima a carico dell'utente è disponibile un foglio di calcolo che permette di determinarlo con semplicità conoscendo il valore ISEE.

Es: in caso di ISEE pari a euro 18.000 avremo un contributo giornaliero a carico dell'utente pari ad euro 15,13 dato da:

$$\begin{aligned} & 33 \times (18.000 - 7.000) / 31.000 - 7.000) \\ & 33 \times 0,45833 \\ & = 15,13 \end{aligned}$$

ISEE inferiori a 7.000 euro non pagheranno alcuna contribuzione

ISEE superiori a 31.000 euro pagheranno la contribuzione massima stabilita in 33,00 euro

## FNA - TABELLA CONTRIBUZIONE GIORNALIERA RICOVERO TEMPORANEO COMPARTECIPAZIONE DELL'ENTE ALLA RETTA SOCIALE

### *Contribuzione massima*

La contribuzione giornaliera massima che il Comune potrà corrispondere per ciascun giorno di Ricovero Temporaneo è determinata in **euro 53,50 (CM)**.

### *Soglie e coefficienti*

<b>SE - Soglia ISEE esenzione</b>	<b>SMC - Soglia ISEE massima contribuzione</b>	<b>Coefficiente</b>
<b>€ 7.000,00</b>	<b>€ 27.000,00</b>	$\frac{(ISEE - SE)}{(SMC - SE)}$

Il Contributo è calcolato sottraendo dalla contribuzione massima (CM) il coefficiente sopra indicato moltiplicato per 50.

Il coefficiente è dato dal rapporto tra:

- differenza ISEE del beneficiario e Soglia ISEE di esenzione e
- differenza tra soglia ISEE massima contribuzione e soglia ISEE esenzione

Per l'individuazione dell'importo di contribuzione giornaliera massima a carico dell'Ente è disponibile un foglio di calcolo che permette di determinarlo con semplicità conoscendo il valore ISEE.

Es: in caso di ISEE pari a euro 18.000 avremo un contributo giornaliero a carico dell'Ente pari ad euro 26,00 dato da:

$$\begin{aligned} & 53,50 - (50 \times (18.000 - 7.000) / (27.000 - 7.000)) \\ & 53,50 - (50 \times 0,55) \\ & 53,50 - 27,50 = 26 \end{aligned}$$

Detti importi sono calcolati in presenza di rette uguali o superiori a 53,50 euro al giorno. In presenza di rette inferiori la compartecipazione dell'ente sarà ridotta in percentuale

ISEE inferiori a 7.000 euro riceveranno il massimo della contribuzione.

ISEE superiori a 27.000 euro non riceveranno alcuna contribuzione.

Nel caso l'utente riceva l'Indennità di accompagnamento il contributo giornaliera viene diminuito di 16 euro. In tal caso non si riceverà alcun contributo giornaliero superati i 22.000 euro di ISEE

Es: nel caso precedente il contributo giornaliero dell'Ente è ridotto da 26 a 10 euro.



## Conferenza dei Sindaci della Zona Distretto Fiorentina Sud Est

Azienda USL Toscana centro

### PERCORSO ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

1. Il cittadino (diretto interessato, suo familiare o curatore/tutore/amministratore di sostegno) si reca al *Punto Insieme* del Comune di residenza.
2. Chiede la valutazione all'UVM e sottoscrive la segnalazione del bisogno presentando:
  - la scheda medica compilata;
  - l'ISEE in corso di validità oppure comunica l'avvenuta sottoscrizione dello stesso (il cittadino può anche sottoscrivere la rinuncia alla presentazione dell'ISEE);
  - la fotocopia di un documento dell'anziano per il quale è richiesta la valutazione ed eventualmente fotocopia del documento di chi presenta la segnalazione.L'istanza verrà inviata dall'operatore del *Punto Insieme* al *Punto Unico di Accesso (PUA)*
3. Il PUA attiva il percorso di valutazione che prevede la visita al domicilio dell'anziano – previo appuntamento – da parte dell'assistente sociale e del servizio infermieristico in forma congiunta o separata.
4. L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) elabora un *Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP)* entro 30 giorni dalla presentazione della domanda.
5. Il PAP predisposto dalla commissione UVM – insieme alla *Scheda Informativa del progetto* - viene inviato tramite e-mail entro 1 mese dalla presentazione dell'istanza. In mancanza di indirizzo mail il PAP viene inviato al *Punto Insieme*, dove il cittadino potrà ritirarlo.
6. In caso di condivisione il cittadino sottoscrive il PAP e lo riconsegna al *Punto Insieme*, secondo le seguenti modalità:

- Inviandola all'indirizzo puntoinsieme@\_\_\_\_\_
- Consegnandola negli uffici del *Punto Insieme*  
Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_  
Piano \_\_\_\_\_ Stanza \_\_\_\_\_ Tel / Fax:: \_\_\_\_\_  
Giorno: \_\_\_\_\_ Orario: \_\_\_\_\_

Il nominativo sarà inserito nelle liste di priorità al momento in cui verrà riconsegnato il PAP firmato e l'attivazione del progetto sarà subordinata allo scorrimento delle graduatorie – aggiornate il giorno 20 di ogni mese. Se entro 30 giorni dall'inoltro del PAP il cittadino non lo riconsegnerà firmato, il percorso verrà chiuso.

In caso di non condivisione il cittadino si rivolgerà all'assistente sociale di riferimento per trovare un accordo progettuale (esempio monetizzazione) o, in



ultima analisi, valutare insieme di chiedere un incontro con la Commissione UVM che ha elaborato il PAP.

7. Quando il PAP potrà essere attivato per effetto dello scorrimento delle graduatorie, il cittadino verrà contattato direttamente dall'assistente sociale responsabile per il progetto

Il cittadino può rivolgersi all'assistente sociale referente in caso di ulteriori chiarimenti



## Conferenza dei Sindaci della Zona Distretto Fiorentina Sud Est

Azienda USL Toscana centro

### RESTITUZIONE DEL PAP

1. Il cittadino sottoscrive il PAP per condivisione con successiva consegna al *Punto Insieme* tramite e-mail oppure di persona negli orari di apertura previsti, entro 30 giorni dalla data dell'invio, pena la chiusura del percorso. Il nominativo sarà inserito nelle liste di priorità e l'attivazione del progetto sarà subordinata allo scorrimento delle graduatorie.
2. In caso di non condivisione del progetto, il cittadino si rivolge all'assistente sociale di riferimento per trovare un accordo progettuale o, in ultima analisi, valutare insieme di chiedere un incontro con la Commissione UVM che ha elaborato il PAP.
3. Le liste di priorità si chiudono ogni giorno 20 del mese corrente.
4. Ad ogni mese di permanenza in graduatoria corrisponde un punteggio aggiuntivo.
5. L'attivazione effettiva avverrà solo previo scorrimento della lista di priorità e ne sarà data comunicazione dall'assistente sociale responsabile del caso.
6. Il cittadino può rivolgersi all'assistente sociale responsabile per il progetto qualora necessiti di ulteriori chiarimenti.



### ATTIVAZIONE DEI SERVIZI PREVISTI DAL PAP

1. Il cittadino (diretto interessato, suo familiare o curatore/tutore/amministratore di sostegno) ha **30 giorni di tempo** per produrre la documentazione necessaria ad attivare l'intervento previsto.
2. Per l'attivazione di ogni intervento e/o servizio previsto dal PAP è necessario avere un ISEE **socio sanitario in corso di validità** oppure sottoscrivere la rinuncia alla presentazione dell'ISEE (In tal caso verrà prevista la fascia massima di compartecipazione al costo della prestazione o non effettuata l'erogazione per il contributo economico)

**CONTRIBUTO BADANTE:** dovrà essere prodotto un contratto livello CS di minimo 25 ore settimanali e, sulla base dell'ISEE e dell'isogravità risultante dal PAP, sarà definito l'importo spettante previsto dal Regolamento vigente; trimestralmente dovranno essere presentati i giustificativi comprovanti le spese sostenute per il pagamento dei contributi.

Si precisa che l'importo del contributo sarà corrisposto nella misura intera, se attivato entro la prima metà del mese; con decorrenza dal mese successivo, se attivato dopo la metà del mese. Sarà invece corrisposto per intero in qualsiasi giorno del mese avvenga la cessazione.

**ASSISTENZA DOMICILIARE:** dovrà essere definita l'eventuale compartecipazione a carico dell'utente sulla base dell'ISEE e delle tabelle di contribuzione previste dal Regolamento vigente.

**CENTRO DIURNO:** la quota sanitaria per i giorni di frequenza previsti dal PAP sarà corrisposta direttamente al Centro Diurno individuato dall'interessato/a. La compartecipazione al costo della quota sociale sarà definita sulla base dell'ISEE. Ogni variazione al progetto o agli effettivi giorni di frequenza dovranno essere comunicati tempestivamente all'assistente sociale responsabile del caso.

**RICOVERI TEMPORANEI:** la quota sanitaria sarà corrisposta direttamente all'RSA individuata dall'interessato/a e presente sul portale della Regione Toscana. La compartecipazione al costo della quota sociale sarà definita sulla base dell'ISEE.

**RICOVERI DEFINITIVI:** la quota sanitaria sarà corrisposta direttamente all'RSA individuata dall'interessato/a e presente sul portale della Regione Toscana.. L'eventuale compartecipazione al costo della quota sociale sarà definita dal Comune di residenza della persona anziana sulla base dell'ISEE Residenziale e secondo quanto previsto dal Regolamento vigente.

**MONETIZZAZIONE:** nel caso in cui la persona interessata sia inserita a titolo privato in RSA, in presenza di ISEE inferiore a 36.000,00 euro, può essere richiesta la monetizzazione della prestazione prevista dal PAP che verrà corrisposta direttamente alla RSA di libera scelta e presente sul portale della Regione Toscana.

**AGGIORNAMENTO:** Il cittadino (diretto interessato, suo familiare o curatore/tutore/amministratore di sostegno), alla scadenza indicata sul PAP, dovrà richiedere una nuova valutazione recandosi al *Punto Insieme* o comunicandolo all'assistente sociale di riferimento.

**AGGRAVAMENTO:** Il cittadino (diretto interessato, suo familiare o curatore/tutore/amministratore di sostegno), può richiedere una nuova valutazione prima della scadenza del PAP documentando l'aggravamento e/o il cambiamento delle condizioni sociali e/o sanitarie. Per le condizioni sociali sarà l'Assistente sociale di riferimento a relazionare all'UVM; per le condizioni sanitarie, i cambiamenti dovranno essere documentati da relazioni specialistiche e/o dimissioni ospedaliere successive alla data del Pap. Tali documenti dovranno essere inviati al PUA che darà l'autorizzazione all'apertura del percorso.

## CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Atto n. 466 del 21-03-2019

Pubblicato all'Albo dell'Azienda UsI dal 22-03-2019 al 06-04-2019

Esecutiva ai sensi della Legge Regionale Toscana n.40 del 24 febbraio 2005  
in data 07-04-2019