

REGOLAMENTO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI – AREA NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE DI FIRENZE

INDICE

PARTE GENERALE

SEZIONE I – PREMESSA

ART. 1 – PREMESSA

SEZIONE II – CRITERI GENERALI, PRINCIPI ED OBIETTIVI, FINALITÀ E CAMPO DI APPLICAZIONE

ART. 2 - FINALITÀ

ART. 3 – PRINCIPI E VALORI ISPIRATORI

ART. 4 – AMBITO TERRITORIALE

ART. 5– OGGETTO DEL REGOLAMENTO

ART. 6 – LIVELLI DI ASSISTENZA

ART. 7 - INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE PER LA SALUTE

ART. 8–VALORIZZAZIONE DEL PRIVATO SOCIALE E TERZO SETTORE

ART. 9- PRIORITÀ D'ACCESSO – LISTE DI ATTESA

ART. 10 - COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEI SERVIZI

SEZIONE III – ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

ART. 11–RETE DI ACCESSO AI SERVIZI

11.1 Punti Insieme/Servizio Sociale

11.2 - Servizio Sociale/Segretariato Sociale

11.3 Punto Unico di Accesso (PUA)

11.4 COT

ART. 12 – PROCEDURE DI ACCESSO: IL PROGETTO PERSONALIZZATO

ART. 13– PROCEDURE DI ACCESSO: AVVIO DEI PERCORSI

SEZIONE IV - DISPOSIZIONI FINALI

ART. 14–FORME E STRUMENTI DI TUTELA DEI CITTADINI

14.1 – Informazione

14.2 – Reclami

14.3 – Ricorsi

14.4 - Controlli

14.5 – Trattamento e protezione dei dati personali

ART. 15–NORMA DI RINVIO

ART. 16 - ENTRATA IN VIGORE

ALLEGATI

ALLEGATO A - REGOLAMENTO DELLE PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIO SANITARIE PER LA DOMICILIARITÀ IN FAVORE DELLA POPOLAZIONE ANZIANA IN CONDIZIONE DI FRAGILITÀ O DI NON AUTOSUFFICIENZA E DELLE PERSONE CON DISABILITÀ'

ALLEGATO B - REGOLAMENTO PER L'OSPITALITÀ' DI PERSONE ANZIANE O ADULTE CON DISABILITÀ' PRESSO RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI, RESIDENZE ASSISTITE E LE ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI IDONEE DI CUI ALL'ALLEGATO A DEL REGOLAMENTO DI ATTUAZIONE DELL'ART. 62 DELLA L.R. TOSCANA 41/20025.

ALLEGATO C - REGOLAMENTO PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI ECONOMICHE PER L'AIUTO PERSONALE ALLE PERSONE CON DISABILITÀ'

ALLEGATO D - REGOLAMENTO SUI CRITERI DI DETERMINAZIONE DELLA LISTA DI ATTESA PER I CENTRI DIURNI DI SOCIALIZZAZIONE PER PERSONE CON DISABILITÀ'

REGOLAMENTO DI ACCESSO AI SERVIZI SOCIO-SANITARI - AREA NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ DELLA SOCIETÀ DELLA SALUTE DI FIRENZE

PARTE GENERALE

SEZIONE I - PREMESSA

ART. 1 - PREMESSA

Il presente Regolamento, coerentemente con gli atti normativi, di programmazione regionale e zonale e con altra normativa specifica di settore per progetti speciali finanziati, disciplina i principi generali, le finalità e i criteri di attuazione cui si conforma il sistema integrato dei servizi che fa riferimento alla Società della Salute di Firenze, di seguito denominata SdS, e agli enti consorziati (Comune di Firenze e Azienda USL Toscana Centro).

In particolare regolamenta i requisiti generali di accesso e di ammissione ai servizi sociosanitari integrati nell'area degli anziani in condizione di fragilità o di non autosufficienza e in quella della disabilità della SdS, al fine di garantire ai cittadini omogeneità, coerenza ed equità nel rispetto della normativa nazionale e regionale di riferimento, in conformità con i principi fondamentali della Costituzione, della L. 328/00, della L.R. 41/05 e s.m.i., degli altri atti successivi e collegati, tenendo presente che le prestazioni sono erogate nei limiti delle risorse disponibili della SdS e degli Enti consorziati.

Per prestazioni si intendono tutte le attività relative alla predisposizione e alla erogazione di servizi, gratuiti e/o con tariffa ed eventuali agevolazioni, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona presa in carico incontra nel corso della vita.

Restano escluse dal presente regolamento le prestazioni assicurate dal sistema previdenziale e da quello esclusivamente sanitario, gli interventi disciplinati da apposite leggi statali e/o regionali, nonché i servizi socio-assistenziali la cui competenza non è stata oggetto di delega alla Società della Salute di Firenze, rimanendone quindi in capo al Comune di Firenze la titolarità.

Con il presente Regolamento si intendono abrogati tutti gli atti, disposizioni, provvedimenti emanati dalla SdS negli anni trascorsi relativi alle materie ivi trattate.

SEZIONE II - CRITERI GENERALI, PRINCIPI ED OBIETTIVI, FINALITÀ E CAMPO DI APPLICAZIONE

ART. 2 - FINALITÀ

La Società della Salute di Firenze, in qualità di soggetto gestore delle funzioni in materia di servizi socio-sanitari e sociali a rilevanza sanitaria, ai sensi delle leggi nazionali e regionali disciplinanti l'assetto dei servizi socio-sanitari, anche in riferimento al Profilo di Salute e al Piano Integrato di Salute della zona Firenze, svolge compiti di programmazione, organizzazione e gestione degli stessi, allo scopo di realizzare una rete locale degli interventi e dei servizi socio-sanitari e nell'intento di perseguire i seguenti obiettivi fondamentali:

- realizzare un sistema integrato di interventi e servizi socio-sanitari e sociali a rilevanza sanitaria volto a promuovere e garantire la qualità della vita, l'autonomia individuale, l'eliminazione e la riduzione delle condizioni di disagio e di esclusione;
- prevenire e rimuovere le cause di natura socio sanitaria e sociale a rilevanza sanitaria che possono provocare situazioni di bisogno o fenomeni d'emarginazione nell'ambiente di vita o di lavoro ad esclusione delle situazioni e dei bisogni a cui risponde il sistema sanitario o quello socio assistenziale;

- garantire la pari dignità della persona, la riservatezza delle informazioni che la riguardano e tendere, nei limiti del possibile, a rimuovere le cause che hanno provocato l'intervento socio sanitario o sociale a rilevanza sanitaria;
- garantire il diritto delle persone al pieno sviluppo del proprio benessere nell'ambito della propria famiglia e della comunità locale;
- assicurare la fruibilità delle strutture, dei servizi e degli interventi socio-sanitari secondo modalità che garantiscano la libertà e la dignità personale, e realizzino l'eguaglianza di trattamento nel rispetto della specificità delle esigenze di ciascuno;
- promuovere e attuare gli interventi a favore delle persone anziane e adulti con disabilità, finalizzati al mantenimento, inserimento o reinserimento nel proprio ambiente di vita;
- definire interventi per l'inserimento o il reinserimento nel normale ambiente familiare, sociale, scolastico e lavorativo delle persone svantaggiate o affette da minorazioni psicofisiche e sensoriali.

ART. 3 - PRINCIPI E VALORI ISPIRATORI

La Società della Salute, in qualità di soggetto titolare e gestore delle funzioni in materia di servizi socio-sanitari, ispira la propria azione al pieno rispetto della libertà e dignità della persona e all'inderogabile dovere di solidarietà garantendo i seguenti principi generali:

- **Universalismo:** la rete dei servizi comunitari rivolge la propria offerta a tutti i cittadini, nel limite delle risorse del bilancio finanziario.
- **Equità:** l'erogazione degli interventi avviene senza discriminazioni nel rispetto delle diversità e in proporzione al bisogno di ciascuno.
- **Centralità della persona:** al centro del sistema dei servizi vi è la persona, nella sua unicità e individualità, portatrice di diritti e potenzialità, con particolare riferimento alla valorizzazione e al rispetto delle diverse culture.
- **Accessibilità:** la definizione di criteri precisi e trasparenti che migliorino la facilità dell'accesso ai servizi rappresenta un elemento caratterizzante e una priorità del sistema, per consentire alle persone di esprimere e veder accolto il proprio bisogno.
- **Tutela dei diritti e loro esigibilità:** rappresentano una priorità del sistema a garanzia del superamento di ogni discriminazione e per il riconoscimento del diritto irriducibile alla libertà individuale.
- **Partecipazione e Corresponsabilità:** la partecipazione assume un ruolo centrale e strategico nella definizione del sistema locale dei servizi e si definisce non come semplice consultazione, ma come esercizio della propria possibilità di influire sui processi decisionali. Nello specifico il cittadino è individuato come protagonista e soggetto attivo, al fine di poter accrescere la propria consapevolezza al diritto alla salute e al benessere.
- **Conoscenza:** circa i percorsi assistenziali e relativamente alle informazioni sui servizi disponibili, fondamentale è la predisposizione della carta dei servizi orientata alla carta di cittadinanza.
- **Comunicazione:** la comunicazione e la capillare informazione per l'accesso e la fruizione dei servizi sono i principali strumenti per la costruzione di relazioni e di interazioni.
- **Qualità:** il sistema dei servizi deve perseguire un orientamento alla qualità che si esprime in appropriatezza degli interventi, efficienza, sostenibilità, integrazione, programmazione, progettazione, verifica e valutazione partecipata.
- **Integrazione:** da intendersi come erogazione contestuale di interventi che si compenetrano per rispondere in termini complessivi ai bisogni espressi dalla persona.
- **Sussidiarietà:** il principio costituzionale della sussidiarietà si può declinare attraverso la partecipazione della cittadinanza attiva e il coinvolgimento del terzo settore anche attraverso la co-

programmazione e la co-progettazione. L'obiettivo è quello di creare valore pubblico nella rete dei servizi.

- **Paternità e maternità consapevole:** il sistema dei servizi deve garantire interventi al fine di poter realizzare questo principio.

- **Domiciliarità:** il sistema dei servizi deve operare affinché possa essere garantito il diritto a mantenere la persona nel proprio ambiente di vita, considerando il ricorso ad interventi istituzionalizzanti come misure possibilmente temporanee, di emergenza ed eccezionalità.

- **Autodeterminazione:** la persona è la principale protagonista del proprio Progetto Personalizzato, facendo sì che acquisendo tutti gli elementi di conoscenza possa effettuare scelte di vita il più possibile autonome.

- **Valorizzazione delle famiglie:** quali luoghi privilegiati per la crescita, lo sviluppo e la cura della persona.

ART. 4- AMBITO DI COMPETENZA

Le disposizioni del presente Regolamento si applicano ai residenti nel territorio della Società della Salute di Firenze e, quindi, del Comune di Firenze.

ART. 5 - OGGETTO DEL REGOLAMENTO

Il regolamento zonale di accesso ai servizi socio-sanitari - area non autosufficienza e disabilità - disciplina le modalità di accesso agli interventi ed ai servizi, nonché i criteri di erogazione, sulla base della valutazione multiprofessionale del bisogno e della conseguente definizione di un percorso assistenziale personalizzato, nel rispetto delle norme costituzionali, e delle norme nazionali e regionali in materia.

Attraverso il regolamento si perseguono le seguenti finalità:

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

Fatto salvo il principio dell'accesso universalistico alle prestazioni appropriate indicate nei Progetti di Assistenza Personalizzati o nei Progetti di Vita di tutte le persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza e/o disabilità, possono essere previste forme di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria, e/o contributi differenziati secondo la situazione economica e secondo il sistema di contribuzione definito nel presente Regolamento.

Il presente regolamento disciplina l'erogazione dei servizi socio sanitari 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.

Non sono disciplinati nell'ambito del presente regolamento gli interventi e i servizi attivati nell'ambito di progetti dotati di specifici finanziamenti regionali, statali o europei disciplinati da appositi atti di indirizzo o linee guida, che costituiscono, pertanto, il riferimento per l'individuazione di finalità, obiettivi e criteri di attuazione.

ART. 6 – LIVELLI DI ASSISTENZA

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

Al fine di consentire a ciascun cittadino di accedere ai servizi che concorrono alla rimozione e al superamento delle situazioni di bisogno e di difficoltà, vengono attivati:

- servizi socio-sanitari;
- interventi di ospitalità in strutture residenziali e semiresidenziali socio-assistenziali o socio-sanitarie;
- interventi di tipo economico.

L'elemento che caratterizza le modalità di erogazione degli interventi è costituito dalla predisposizione del Progetto Assistenziale Personalizzato, così come descritto nell'art. 12 del presente regolamento.

Tutti gli interventi sono pertanto integrati fra loro e rappresentano parti di un unico Progetto Personalizzato predisposto dal Servizio Sociale Professionale e dai servizi socio-sanitari, anche tramite le apposite Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM/UVMD), con la collaborazione, se necessaria, di altri Soggetti/Enti presenti sul territorio sia pubblici che privati.

Il Progetto Assistenziale Personalizzato è integrato e si realizza attraverso l'individuazione di un titolare del caso (*case manager*), con il concorso di tutte le professionalità interessate, con il coinvolgimento informato e partecipato dei destinatari e attraverso forme di coordinamento con i soggetti istituzionali e/o con i soggetti del terzo settore.

ART. 7 - INTEGRAZIONE DELLE POLITICHE PER LA SALUTE

Allo scopo di garantire una risposta unitaria e globale ai bisogni di salute dei cittadini è garantita l'erogazione integrata e coordinata degli interventi sanitari e sociali.

La risposta integrata si realizza attraverso:

- l'integrazione professionale della pluralità di competenze sociali e sanitarie nella valutazione e nella definizione del bisogno, nella elaborazione e realizzazione del progetto, nella programmazione e gestione dei servizi e degli interventi con individuazione di una figura professionale unica con funzioni di "case-manager" titolare del Progetto Personalizzato di cui alla L.R.T 41/2005 e s.m.i.;
- il coinvolgimento di tutte le altre istituzioni/agenzie/associazioni del territorio interessate;
- l'integrazione con le politiche che concorrono al benessere e alla salute della comunità locale;
- la cooperazione fra i diversi livelli istituzionali e le organizzazioni della società civile;
- l'integrazione fra ospedale e territorio.

ART. 8 – VALORIZZAZIONE DEL PRIVATO SOCIALE E TERZO SETTORE

Il privato sociale rappresenta un soggetto che, a pieno diritto, fa parte del sistema integrato dei servizi di sostegno ai percorsi di presa in carico/accompagnamento di famiglie e/o di persone singole in situazione di vulnerabilità attraverso un processo di costruzione partecipata. La SdS intende sempre più promuovere forme di coordinamento e di integrazione con tutti i soggetti collettivi che nel territorio operano in ambiti "contigui": il volontariato, la cultura, lo sport, il tempo libero, la formazione religiosa e/o spirituale, ecc. In ogni ambito territoriale si concordano pertanto forme di collaborazione fra servizi socio-sanitari, le formazioni sociali, le organizzazioni sindacali,

l'associazionismo, e in generale il privato sociale, per costruire percorsi di collaborazione ed interazione nel rispetto dei diversi ruoli e competenze, secondo il modello del partenariato e operando in un rapporto di complementarietà, integrazione e valorizzazione delle specifiche differenze. Il privato sociale rappresenta quindi un'importante risorsa per la collettività e ha una importante funzione quale soggetto attento e propositivo nella rilevazione dei bisogni del territorio.

ART. 9 - PRIORITÀ D'ACCESSO - LISTE DI ATTESA

In caso di temporanea indisponibilità di risorse finanziarie per l'attivazione di una o più prestazioni previste nel Piano Assistenziale Personalizzato (PAP), la persona è collocata in una lista di attesa/priorità per l'attivazione effettiva delle singole prestazioni non disponibili, secondo una graduatoria determinata secondo modalità e criteri predeterminati, oggettivi e trasparenti.

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

ART. 10- COMPARTECIPAZIONE AL COSTO DEI SERVIZI

Il DPCM 12/01/2017 stabilisce quali sono le prestazioni sociosanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale e in quale misura.

Secondo quanto stabilito dall'art. 47 della L.R. 41/2005 e s.m.i., il concorso degli utenti ai costi del sistema integrato è stabilito a seguito della valutazione della situazione economica del richiedente, effettuata con lo strumento dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), disciplinato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 *“Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)”*, come modificato dal decreto legge 29 marzo 2016, n. 42, convertito con modificazioni dalla legge 26 maggio 2016, n. 89 e s.m.i.. In ottemperanza all'art. 47, comma 5, della L.R. 41/2005 e s.m.i., il regolamento di accesso definisce per ogni percorso assistenziale modalità ed entità della compartecipazione ai costi da parte degli utenti in coerenza con la programmazione regionale e zonale, tenuto conto delle risorse finanziarie disponibili.

La condizione economica della persona presa in carico costituisce un elemento necessario per il calcolo dell'eventuale compartecipazione al costo della prestazione e della conseguente, se necessaria, integrazione dell'ente locale di competenza, nonché per il calcolo dell'importo degli eventuali contributi economici previsti dal PAP, qualora sottoposti a prova dei mezzi, ma **NON rappresenta una condizione per l'accesso al percorso che dovrà essere sempre garantito**, in coerenza con il principio dell'universalità e della appropriatezza e con quello di garanzia della presa in carico.

L'indisponibilità dell'attestazione ISEE **NON** impedisce l'accesso al percorso di presa in carico, la valutazione e la predisposizione del Progetto Assistenziale Personalizzato/Progetto di vita e **NON può in nessun modo impedire o ritardare la valutazione multidimensionale del bisogno e la predisposizione del Progetto di Assistenza Personalizzato/Progetto di vita.**

Qualora l'assistito decida di non essere soggetto a valutazione della propria situazione economica, verrà richiesta la compartecipazione massima prevista per la prestazione o per l'insieme di prestazioni erogate e non potranno essere assegnati contributi economici per i quali sia necessaria la valutazione della situazione economica per accedervi o quantificarli.

SEZIONE III -ACCESSO AI PERCORSI

ART. 11 - RETE DI ACCESSO AI SERVIZI

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

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

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

Il sistema dell'accesso è costituito dalla rete di front-office rappresentato dagli sportelli Punti insieme, dal Segretariato sociale e dal Punto Unico di Accesso (PUA) che costituisce anche un back-office con funzioni di coordinamento.

11.1 Punti Insieme/Servizio Sociale

I Punti Insieme costituiscono i presidi per l'accesso al sistema integrato territoriale.

I Punti Insieme devono garantire:

- l'accoglienza del bisogno;
- la registrazione della segnalazione del bisogno;
- l'orientamento e l'informazione del cittadino;
- l'avvio della raccolta di tutte le informazioni utili ad orientare la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno.

Il Punto Insieme rappresenta una delle porte di accesso al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza e la disabilità, e si caratterizza per la sua elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella sua strutturazione.

Il Punto Insieme è un servizio istituzionale collegato funzionalmente con la rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari territoriali, rappresenta un'articolazione del PUA e costituisce uno dei livelli base di cittadinanza sociale che si deve garantire sull'intero territorio, facilita un accesso unificato alle prestazioni e ai servizi previsti dal fondo non autosufficienza, eliminando e semplificando i passaggi che la persona stessa e i suoi familiari devono compiere.

La sede del Punto Insieme deve essere accessibile e riconoscibile con apposita segnaletica, con orari definiti al pubblico.

11.3 Punto Unico di Accesso (PUA)

Il Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, il Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" e la Deliberazione della Giunta Regionale del 19 Dicembre 2022, n° 1508, integrati con la LRT 66/2008, DGRT n. 1449/2017 e DGRT 1642/2019, rappresentano i riferimenti normativi attualmente in vigore.

Il Punto Unico di Accesso (di seguito PUA) della SdS Firenze attua un modello organizzativo finalizzato al benessere della persona, che risponde ai bisogni dell'individuo e si fonda su un approccio multiprofessionale e integrato ai problemi della persona, rappresenta la porta di accesso

ai servizi, alle prestazioni integrate e alla rete socio-sanitaria del territorio; si occupa di accoglienza e di orientamento in raccordo con il Segretariato Sociale, i Punti Insieme e i servizi socio sanitari della zona Firenze.

Il PUA è finalizzato, pertanto, ad avviare percorsi di risposta appropriati ai bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi e favorendo l'accesso integrato ai servizi per coloro che richiedono interventi di natura socio-sanitaria, ed è quindi rivolto in particolare a:

- Promuovere, agevolare e semplificare il primo accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, favorendo l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, in un'ottica di team multi professionale;
- Orientare ed informare le persone e le famiglie sui percorsi e sui diritti alle prestazioni sociali e socio-sanitarie in una logica di continuità assistenziale garantendo il passaggio e la fruizione delle informazioni sulle modalità di accesso ai servizi;
- Assicurare e rafforzare l'integrazione tra il sistema dei servizi sociali e il sistema socio-sanitario assicurando sia il livello dell'accesso che la successiva presa in carico multidisciplinare integrata con l'UVM, l'UVMd;
- Garantisce il raccordo con i percorsi amministrativi e l'integrazione con le reti della comunità locale;
- Promuovere la semplificazione, l'uniformità, la diffusione e l'applicazione delle procedure.

Il modello organizzativo avanzato del PUA è costituito da un servizio centrale presso la SdS Firenze sede del team multi-professionale integrato e prevede l'implementazione progressiva di una rete di livelli decentrati di PUA presso le Case della Comunità dislocate nel territorio zonale. Tale rete di prossimità avrà lo scopo di avvicinare il servizio alle persone facilitando il contatto diretto con il cittadino e con i servizi presenti nella Casa di Comunità, semplificando l'attivazione del processo di risposta.

Il sistema prevede inoltre il raccordo con i Punti Insieme che rappresentano la porta di accesso sul territorio al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza e la disabilità, e si caratterizza per la sua elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella sua strutturazione.

Il Punto Insieme è un servizio istituzionale collegato funzionalmente con la rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari territoriali.

Nello specifico, le persone ed i servizi del territorio fiorentino possono rivolgersi al PUA al fine di:

- Ricevere accoglienza, informazione, orientamento sui percorsi socio-sanitari e sulle modalità di accesso ai servizi del territorio fiorentino;
- Ottenere informazioni e accompagnamento all'accesso alla rete integrata dei servizi socio-sanitari territoriali;
- Presentare le domande per l'avvio della valutazione della non autosufficienza e della disabilità e segnalazione alla rete dei servizi integrati per bisogni di tipo complesso;
- Segnalare le criticità rilevate sulle condizioni socio-sanitarie dei cittadini così da favorire l'individuazione precoce dei bisogni socio-sanitari complessi e relativa attivazione della risposta di rete al fine di ridurre il ricorso all'ospedalizzazione e/o facilitare il rientro a domicilio.

11.4 Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT), individuata dalle delibere regionali GRT 1508/22 e 495/24 "come struttura deputata al coordinamento della presa in carico unitaria socio-sanitaria della

persona e all'organizzazione del raccordo tra servizi e professionisti che operano nei vari setting assistenziali territoriali, anche tramite l'attivazione delle risorse necessarie e disponibili sul territorio in risposta ai bisogni espressi dai cittadini. Obiettivo della COT è quello di assicurare coordinamento, continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale". Il modello di COT sopradescritto assorbe, integra e amplia le funzioni e le competenze delle Agenzie di Continuità Ospedale Territorio, già strutturate nella nostra Regione a livello aziendale e di zona distretto/SdS dal 2016 (DGRT n. 679/2016 e DGRT n. 995/2018).

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un nuovo modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico unitaria socio-sanitaria della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: dalle attività territoriali alle strutture sanitarie e sociosanitarie, fino agli ospedali, interagendo con la rete dell'emergenza-urgenza e con il 116117. Questo approccio mira a ottimizzare la risposta ai bisogni complessi dei cittadini e a migliorare complessivamente l'assistenza sanitaria e sociale sul territorio, tramite una migliore integrazione sociosanitaria.

In Regione Toscana in attuazione al DM 77/22 e delle DDGGRR 1508/22 e 495/24 le COT sono articolate su un doppio livello: COT Zonali e COT Aziendale. La COT zonale fa capo alla Zona Distretto/Società della Salute. Organizza e coordina la transizione delle persone residenti nella Zona Distretto tra i diversi setting assistenziali e i diversi livelli organizzativi del sistema sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale, gestendo i movimenti di ingresso e uscita Territorio-Ospedale, Ospedale- Territorio, Territorio-Territorio. Essa è strettamente interconnessa con la COT Aziendale, assicurando un flusso continuo di informazioni e coordinamento tra setting dei livelli territoriali e aziendali.

Il DM 77/22 prevede la presenza di "1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore". A Firenze, che ha una popolazione di 362.742, ci sono 3 moduli COT collocati attualmente presso la Casa della Salute (CdS) di Lungarno S. Rosa.

COT è un servizio aperto e dedicato ai professionisti, non è previsto che il cittadino possa rivolgersi direttamente a COT. Il 116117 è la porta di accesso a COT da parte del cittadino, qualora la segnalazione non sia mediata dai servizi SSR. La COT recepisce e valuta le segnalazioni individuando i percorsi necessari per rispondere al bisogno del paziente a livello zonale. La valutazione multi professionale si conclude con la stesura di un PAI/PRI, completo di obiettivi, tempi di attuazione e di verifica, patto di cura con il paziente, referente della transizione, risorse necessarie.

ART. 12 – PROCEDURE DI ACCESSO: IL PROGETTO PERSONALIZZATO

I cittadini accedono alle prestazioni del sistema integrato dei servizi in seguito alla richiesta di valutazione del bisogno, presentata dall'interessato o dai familiari, oppure da chi lo rappresenta legalmente (Amministratore di Sostegno/Tutore).

La richiesta dà inizio al percorso di valutazione multidimensionale della condizione sanitaria, sociale, ambientale, assistenziale, economica, familiare della persona.

Successivamente alla valutazione ne consegue la definizione di un **Progetto assistenziale personalizzato elaborato dalla Commissione UVM/UVMD** (LR n.66/2008, DGR n. 1449 del 19/12/2017). Il progetto assistenziale personalizzato ha una scadenza predefinita e si potrà procedere ad una rivalutazione del progetto sia su istanza motivata del cittadino che dietro iniziativa dei servizi.

La definizione del progetto necessita della presa in carico del cittadino da parte del Servizio Sociale Professionale e, si realizza attraverso:

a) l'analisi della situazione multidimensionale della persona: i bisogni, le risorse potenziali e presenti, il contesto familiare, amicale, la rete del privato sociale, eventuali servizi pubblici già in atto. L'analisi preliminare è svolta dall'equipe multidimensionale territoriale sociosanitaria.

b) la condivisione della valutazione e della proposta degli interventi e prestazioni con la persona e la famiglia al fine di predisporre un Progetto Personalizzato in sede di Commissione UVM/UVMD. Il progetto assistenziale personalizzato è coerente con l'analisi dei bisogni effettuata e ne definisce gli obiettivi e le azioni da intraprendere per il loro raggiungimento. Il progetto si realizza attraverso la messa in rete delle risorse della persona, della famiglia, del contesto sociale di appartenenza, dei servizi pubblici e del privato sociale;

c) l'accettazione del Progetto Personalizzato tramite sottoscrizione del medesimo da parte dell'interessato e/o legale rappresentante. In particolare:

c1) il Progetto Personalizzato proposto dalla Commissione UVM deve essere condiviso entro tre mesi dall'invio se si tratta di PAP a scadenza annuale. Nel caso di PAP con scadenza inferiore all'anno la condivisione deve, invece, avvenire entro due mesi dall'invio;

c2) il Progetto Personalizzato proposto dalla Commissione UVMD deve essere condiviso entro un mese dalla redazione del progetto stesso.

La mancata sottoscrizione per accettazione del PAP entro i termini sopra previsti impedirà la attivazione degli interventi proposti e causerà l'inefficacia degli atti compiuti con conseguente necessità di riavviare l'iter valutativo ove persisto l'interesse.

d) la verifica periodica del Progetto e dei risultati conseguiti, degli impegni assunti dal cittadino e degli esiti degli interventi/servizi. Durante le verifiche del PAP/Progetto di Vita, se emergono nuovi o ulteriori bisogni, è necessario rivedere il progetto con il soggetto beneficiario o suo rappresentante legale.

I percorsi definiti e realizzati con la partecipazione del cittadino/famiglia/AdS /Tutore o altra figura di tutela legale hanno la finalità di garantire qualità, continuità ed appropriatezza nella realizzazione delle azioni previste e nell'utilizzo degli strumenti di analisi e valutazione.

La mancanza di assunzione di responsabilità da parte del cittadino/famiglia/AdS/ Tutore o altra figura di tutela legale nella realizzazione delle azioni condivise nel Progetto Personalizzato può comportare la conclusione del percorso.

La domanda di rivalutazione è consentita di regola trascorsi almeno 6 mesi dalla precedente valutazione e solo ed esclusivamente in presenza di documentate situazioni di aggravamento clinico-funzionale e/o modifiche significative del contesto familiare e/o assistenziale. Sarà comunque ammessa la domanda di rivalutazione prima del decorso dei 6 mesi laddove l'aggravamento clinico-funzionale e/o le modifiche del contesto familiare e/o assistenziale documentate siano di gravità tale da giustificare una rivalutazione anticipata.

Per quanto riguarda i percorsi di valutazione accelerati si rinvia a quanto disciplinato agli artt. 2 e 3 dell'Allegato B al presente Regolamento, coerentemente con quanto previsto dalla procedura aziendale "Valutazione multidimensionale nei percorsi della persona anziana non autosufficiente: individuazione dei criteri di deroga e urgenza".

Nell'area della disabilità, la fase valutativa, nella quale deve essere attivamente coinvolta la persona, la famiglia o legale rappresentante, avviene all'interno dell'equipe multidisciplinare di zona, denominata Unità Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD), 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 e dai professionisti e specialisti individuati in funzione del bisogno prevalente o secondo quanto indicato dai percorsi specifici. Possono altresì essere coinvolti dalla UVMD i referenti di altri soggetti/enti pubblici, privati e del privato sociale, che hanno un ruolo nel Progetto di vita della persona. In tale area, 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, avere laddove possibile una vita indipendente e poter vivere in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri.

L'attuazione del Progetto Personalizzato è, in ogni caso, subordinata alla disponibilità delle necessarie risorse e può prevedere la definizione di liste di attesa secondo le modalità di dettaglio individuate negli allegati al presente regolamento.

ART. 13-PROCEDURE DI ACCESSO: AVVIO DEI PERCORSI

I percorsi previsti dai Progetti Assistenziali Personalizzati vengono attivati con la richiesta e la compilazione di apposita modulistica prevista dall'Ente, laddove prevista.

In particolare, la richiesta di attivazione degli interventi e/o prestazioni previsti dal Progetto Assistenziale Personalizzato può essere predisposta dalla persona direttamente interessata e/o dal rappresentante legale.

A tal fine il richiedente deve presentare la specifica documentazione prevista per ciascuna prestazione. Ove consentito le dichiarazioni possono essere rese sotto forma di autocertificazione, da redigersi in modo tale da consentire il successivo controllo amministrativo.

Tutti gli interventi/servizi sono erogati a seguito dell'istruttoria e delle valutazioni professionali di competenza dell'Assistente Sociale Titolare e/o di Commissioni appositamente istituite o delle equipe multidisciplinari, con approvazione professionale da parte dell'Incarico di funzione a cui afferisce l'A.S. titolare, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili della SdS e/o degli Enti soci.

SEZIONE IV - DISPOSIZIONI FINALI

ART. 14-FORME E STRUMENTI DI TUTELA DEI CITTADINI

14.1 - Informazione -Ogni cittadino, destinatario degli interventi e dei servizi afferenti alle attività della Società della Salute, è informato sui diritti di cittadinanza sociale, sulla disponibilità degli interventi sociali e sociosanitari, sui requisiti e procedure per accedervi, sulle modalità di erogazione degli interventi nonché sulle possibilità di scelta tra gli interventi stessi. Inoltre deve essere garantita informazione circa le procedure da attivare per l'espressione di reclami e dei ricorsi.

14.2 - Reclami - Avverso atti o comportamenti che abbiano negato o limitato l'accesso agli interventi e/o per qualsiasi violazione o inadempienza che riguardi l'utilizzo di servizi e interventi di cui al presente Regolamento, è possibile esprimere reclami. La segnalazione deve essere presentata per scritto al Direttore SdS entro 30 giorni dalla comunicazione ricevuta, e la risposta è garantita in forma scritta entro un periodo di 30 giorni dalla data di presentazione del reclamo.

14.3 – Ricorsi -Il cittadino può, inoltre, presentare ricorso entro 60 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione dell'esito del procedimento. L'iter procedurale è quello previsto dalle norme di legge che regolamentano le procedure relative al contenzioso amministrativo.

14.4 - Controlli

Possiamo identificare due tipologie di controlli:

1) il controllo sulla corretta applicazione del presente Regolamento di accesso ai servizi attraverso il monitoraggio di:

- n. reclami ricevuti (attinenti alla gestione delle attività normate con il presente regolamento);
- n. utenti in lista d'attesa (per ogni area d'intervento);

2) i controlli sulle dichiarazioni presentate dai cittadini-utenti nell'ambito delle varie tipologie di certificazioni richieste. I controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate dai cittadini-utenti saranno effettuati a campione a cura degli uffici amministrativi competenti. Nei casi di errori nella compilazione delle domande, ogni qualvolta sia evidente la buona fede del dichiarante, la Zona/SdS richiederà la rettifica e/o l'integrazione; qualora invece si accerti il rilascio di dichiarazioni non veritiere, il dichiarante, oltre ad incorrere nelle sanzioni penali previste dalle leggi vigenti, è tenuto alla restituzione delle somme indebitamente percepite, oltre agli interessi ed alle relative spese. L'interessato perderà inoltre il diritto alle prestazioni.

In caso di esito negativo del controllo, il Responsabile di Zona/Direttore SdS dovrà attivare le conseguenti azioni di miglioramento, in conformità alla normativa in tema di autocertificazioni mendaci (DPR 445/2000) ed attivando al proprio interno eventuali azioni di miglioramento organizzative.

14.5 – Trattamento e protezione dei dati personali

La SdS garantisce il pieno rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati personali di cui al Reg. UE 2016/679 (GDPR), al D.Lgs 196/2003 ss.mm nonché di tutti i provvedimenti adottati dal Garante per la protezione dei dati personali e delle linee guida rilevanti in materia.

Qualunque informazione relativa alle persone fisiche di cui la SdS venga a conoscenza in ragione dell'applicazione del presente regolamento sarà trattata nel rispetto scrupoloso di quanto previsto dai provvedimenti citati nel precedente capoverso.

La SdS, nell'ambito delle attività previste nel presente regolamento, qualora si rendesse necessario per l'esecuzione dei propri compiti istituzionali ovvero per assicurare la richiesta di interventi sociali, disciplina la comunicazione dei dati personali ad altri organismi pubblici, o a soggetti privati ove specificamente previsto, nel rispetto delle disposizioni normative vigenti o, in assenza, richiedendo specifico consenso all'interessato.

ART. 15 - NORMA DI RINVIO

Per quanto non disciplinato nell'ambito del presente Regolamento si fa riferimento alle norme comunitarie, alla normativa ed agli atti di indirizzo e programmazione nazionali e regionali in vigore, nonché ad eventuali altri atti in materia.

ART. 16 - ENTRATA IN VIGORE

Il presente Regolamento entra in vigore con l'esecutività della Delibera che lo approva. Al medesimo vengono assicurate le forme di pubblicità previste dalla Legge, dallo Statuto e dal Regolamento sulla pubblicità degli atti, al fine di garantirne la generale conoscenza e/o conoscibilità.