

# IL PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2022-2024



# Indice

## **1. Il Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2022-2024**

- 1.1 Premessa
- 1.2 Il quadro conoscitivo
- 1.3 I risultati del Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2019-2021
  - 1.3.1 L'utilizzo delle risorse nazionali
  - 1.3.2 L'utilizzo delle risorse regionali
  - 1.3.3 Le risorse straordinarie per l'emergenza Covid-19
  - 1.3.4 Gli investimenti per promuovere la domiciliarità e l'autonomia della persona con disabilità

## **2. Il dispositivo di piano toscano**

- 2.1 Dalla matrice di programmazione nazionale alla declinazione toscana

## **3. Le linee di intervento**

### **3.1 ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

- 3.1.1 Il modello di presa in carico della persona anziana non autosufficiente
- 3.1.2 Il progetto Pronto Badante
- 3.1.3 Il miglioramento qualitativo e appropriatezza del modello di presa in carico
- 3.1.4 La residenzialità

### **3.2 DEMENZA**

- 3.2.1 Il Fondo Nazionale per l'Alzheimer e le Demenze
- 3.2.2 I servizi e le risorse per l'innovazione
- 3.2.3 Le risposte non farmacologiche
- 3.2.4 Le nuove opportunità terapeutiche e la diagnosi tempestiva

### **3.3 DISABILITA'**

- 3.3.1 Il modello di presa in carico della persona con disabilità
- 3.3.2 Il sostegno alla domiciliarità e all'autonomia della persona
- 3.3.3 Gli interventi per le persone con disabilità gravissima
- 3.3.4 I sostegni alla Vita Indipendente
- 3.3.5 Il supporto ai familiari e al caregiver
- 3.3.6 Il programma Dopo di Noi

## **4. Le azioni innovative**

- 4.1 Il consolidamento e la capacitazione degli ambiti territoriali
- 4.2 L'accessibilità e l'adattamento domestico
- 4.3 Il servizio di sostegno rivolto alla persona fragile
- 4.4 La rete integrata di servizi per le famiglie e gli assistenti familiari accreditati

## **5. Le azioni di sistema**

- 5.1 Il percorso di partecipazione e di accompagnamento
- 5.2 La formazione
- 5.3 Il sistema informativo
- 5.4 Il monitoraggio

**La scheda di piano prevista dall'allegato B al DPCM 3/10/2022**

## CAPITOLO 1

# Il Piano Regionale Non Autosufficienza 2022-2024

### 1.1 Premessa

Il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) e il riparto del Fondo per le non autosufficienze per il triennio 2022-2024 è stato approvato con DPCM 3 ottobre 2022, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il 17 dicembre 2022.

Gli ultimi due anni sono stati segnati a livello nazionale dall'emanazione di provvedimenti incisivi rispetto all'ambito di azione che interessa il mondo della non autosufficienza e della disabilità.

Importanti cambiamenti sono stati introdotti dalla L. 234/2021 "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", rispetto al versante sociale della disabilità e della non autosufficienza, dalle disposizioni di cui all'art.1, commi 159-171.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) destina risorse ingenti a Missioni nelle quali specifiche linee di intervento sono rivolte alle persone con disabilità e agli anziani non autosufficienti, in previsione di riforme mirate sia al rafforzamento dei servizi sociali territoriali (Missione 5 "Inclusione e Coesione") sia al potenziamento dell'assistenza sanitaria, in particolare di quella territoriale (Missione 6 "Salute").

Nell'ambito della Missione 5 Componente 2 "Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore", il PNRR individua due riforme settoriali destinate ad accompagnare gli investimenti: la Legge quadro per le disabilità e il Sistema di interventi in favore degli anziani non autosufficienti.

La prima riforma, quella per le disabilità, è stata varata attraverso la L. 227/2021 "Delega al governo in materia di disabilità". La finalità perseguita è quella di garantire alla persona con disabilità il riconoscimento della propria condizione, mediante una valutazione congruente, trasparente ed agevole, tale da consentire il pieno esercizio dei suoi diritti civili e sociali ivi inclusi i diritti alla vita indipendente e alla piena inclusione sociale e lavorativa, nonché l'effettivo accesso al sistema dei servizi, alle prestazioni, ai trasferimenti finanziari previsti e di ogni altra relativa agevolazione, per promuovere l'autonomia e il vivere su base di pari opportunità con gli altri, nel rispetto dei principi di autodeterminazione e di non discriminazione.

Per quanto riguarda l'ambito della non autosufficienza, il PNRR propone di riformare il sistema dei servizi sociali a favore degli anziani non autosufficienti e di migliorare le loro condizioni di vita, attraverso l'introduzione di un insieme organico di interventi e la definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEPS) da garantire.

Questi ultimi sono stati anticipati dalla legge di bilancio 2022, all'art. 1, commi 159-171.

- I principi fondamentali della riforma, che dovrà essere adottata, secondo i tempi previsti dal PNRR, nella prima parte del 2023 sono:
- la semplificazione dell'accesso all'assistenza sociosanitaria mediante Punti Unici di Accesso (PUA);
- la definizione di modalità di riconoscimento della non autosufficienza basate sul bisogno assistenziale;
- la valutazione multidimensionale dei bisogni degli anziani;
- la definizione di un progetto individualizzato che identifichi e finanzia i sostegni necessari in maniera integrata, favorendo la permanenza a domicilio nell'ottica della deistituzionalizzazione;
- il potenziamento delle infrastrutture tecnologiche per il sistema informativo della non autosufficienza.

La riforma si colloca all'interno di un'ampia strategia di interventi a favore degli anziani che comprende, tra le altre, le misure della Missione 6 per il rafforzamento dei servizi sanitari di prossimità e l'assistenza domiciliare, oltre che l'investimento "Sostegno alle persone vulnerabili e prevenzione dell'istituzionalizzazione" incluso nella Componente 2 della Missione 5.

Con il DM 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", sono state tracciate le linee per la riforma dell'assistenza territoriale che vede la promozione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza primaria.

La Regione Toscana, nel dare attuazione al DM 77/2022 con la DGR 1508/2022 inquadra lo sviluppo dell'assistenza territoriale recata dalla Missione 6 Componente 1 del PNRR, all'interno del modello toscano di integrazione territoriale. Proprio nell'ambito dell'attuazione della DGR 1508/2022, il sistema integrato territoriale è impegnato a dare ulteriore sviluppo ai rapporti tra il sistema sanitario e il sistema sociale, con particolare attenzione alla definizione condivisa e alla realizzazione integrata dei processi complessi.

Il PNNA 2022-2024 introduce nella programmazione nazionale il Livello Essenziale di Processo con i relativi contenuti, definisce gli obiettivi di servizio da conseguire nel triennio di programmazione, allega uno strumento amministrativo complesso per l'avvio del LEPS su tutto il territorio nazionale. Si tratta del percorso assistenziale dedicato alle persone con non autosufficienze o disabilità che viene qualificato come Livello essenziale, un importante salto di qualità sia nell'organizzazione operativa dei sistemi di servizio che nella elaborazione concettuale dei LEPS. Non è una novità assoluta, questa stessa direzione era già presente nella normativa relativa al Reddito di Inclusione e al Reddito di Cittadinanza.

Con il PNNA 2022-2024 si compie tuttavia un altro passo: il LEPS di processo trova un posizionamento sistematico all'interno della matrice di programmazione generale e ne vengono definiti i contenuti principali affrontando esplicitamente i temi operativi legati all'indispensabile integrazione sociosanitaria che caratterizza questi settori assistenziali. Vengono definite natura, fasi e contenuti del processo assistenziale definito come LEPS di processo: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali. Viene anche affrontato il passaggio più impegnativo, quello che riguarda l'integrazione sociosanitaria di tipo sistemico imperniata sul rapporto permanente e strutturato tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario in riferimento alle evoluzioni recate dalle Missioni 5 e 6 del PNRR.

Il PNNA 2022-2024 introduce anche i LEPS di erogazione, identificati nei servizi socioassistenziali, volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza, così come indicato dal comma 162, lettera a), b), c) e dal comma 164 della L. 234/2021. Si tratta dell'assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, dei servizi sociali di sollievo, dei servizi sociali di supporto e dei contributi per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti.

I LEPS, così come declinati nella citata L. 234/2021, si riferiscono principalmente alla platea degli anziani non autosufficienti, ma garantiscono l'accesso ai servizi sociali e sociosanitari, attraverso i PUA, a tutte le persone non autosufficienti, anziane e con disabilità, mentre è la L. 227/2021 che prevede che siano definite le procedure volte alla determinazione di LEPS specifici. Pertanto, nella fase di transizione che corrisponde al periodo di vigenza del PNNA 2022-2024, i servizi alle persone con disabilità sono da intendersi quali obiettivi di servizio.

In un momento di importanti interventi normativi finalizzati ad apportare significative innovazioni su temi come la disabilità e la non autosufficienza, è evidente la necessità di costruire sistemi integrati di servizi, organizzati su base territoriale, che consentano di raggiungere, in maniera graduale e condivisa tra l'ambito sociale e l'ambito sanitario, i LEPS e gli obiettivi di servizio.

I LEPS per gli anziani non autosufficienti e gli obiettivi di servizio per le persone con disabilità sono realizzati dalle Società della Salute/Zone distretto che costituiscono la sede appropriata per programmare, coordinare, attuare e gestire gli interventi, i servizi e le attività.

La realizzazione e l'applicazione di LEPS e LEA, in una logica di complementarità e prossimità tra servizi, diventano elementi essenziali per garantire salute, continuità di cura e sicurezza sociale. La ricomposizione, anche organizzativa, dei servizi e degli interventi propri sia del sistema sociale che sanitario, consente di ricondurre nell'ambito della Società della Salute/zona distretto tutta l'organizzazione della rete dei servizi, favorendo il superamento delle frammentarietà e l'affermazione di una logica sistemica in grado di rispondere ai bisogni delle persone in modo unitario e integrato.

## 1.2 Il quadro conoscitivo

L'obiettivo di questa sezione è fornire un quadro conoscitivo di sintesi relativo all'utenza potenziale nelle aree della disabilità, della non autosufficienza e delle demenze. Le informazioni presentate rappresentano una fotografia della situazione attuale e possono essere integrate sia attraverso un aggiornamento dei dati - utilizzando i link alle fonti presenti in nota ai dati disponibili sul sito dell'Agenzia Regionale per la Sanità ARS (1) e a quelli relativi ai Profili di Salute 2022 (2) - sia ricorrendo a una ricostruzione storica dei diversi interventi, mediante la consultazione dei rapporti elaborati dall'Osservatorio Sociale Regionale (3) (OSR), come *Welfare e Salute in Toscana 2022* (4) e *Disabilità in Toscana 2022* (5).

### Quadro demografico

Dal punto di vista demografico nei prossimi anni la Toscana sarà caratterizzata da un calo della popolazione, comune a tutto il paese, a cui si assocerà il costante processo di invecchiamento già in atto.

Gli anziani residenti al 1° gennaio 2022 sono infatti poco più di 955 mila, pari al 26% della popolazione (la media italiana è del 24%), con una consistente prevalenza di donne (il 56%).

Anche l'indice di vecchiaia (6), che rapporta gli anziani (65+) e giovani under 15, è in forte crescita e si posiziona ormai stabilmente oltre i 2 anziani per ogni giovane (nello specifico, 2,20 a fronte di una media italiana di 1,88), con una prospettiva di arrivare oltre i 3 nel 2050. L'inevitabile conseguenza sarà l'aumento del bisogno di assistenza legato alla cura delle patologie croniche, di aiuto nei casi di fragilità e non autosufficienza, di sostegno in caso di solitudine o isolamento sociale, in un contesto che registra la costante contrazione delle reti di protezione familiare.

Per quanto concerne la struttura della popolazione anziana il 47% ha tra 65 e 74 anni, il 36% tra 75-84 anni mentre i grandi anziani raggiungono il 17%. Tale rapporto sembra oltretutto destinato a cambiare nel corso dei prossimi 30 anni, con la classe dei 75-84enni che supererà quella dei 65-74enni e gli over 84 che arriveranno a rappresentare più di un anziano su cinque (22%) (7).

---

1 - Per accedere alle informazioni e ai documenti presenti sul sito dell'Agenzia, si veda: <https://www.ars.toscana.it/>

2 - La Regione Toscana, al fine di facilitare la lettura dei bisogni di salute necessaria alla programmazione dei servizi, in collaborazione con l'ARS, l'OSR, il Centro Regionale per l'infanzia e l'Adolescenza e il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa, mette a disposizione una serie di schede sintetiche ed indicatori utili alla costruzione o aggiornamento dei Profili di Salute, strumento necessario per la programmazione dei Piani Integrati di Salute e dei Piani di Zona. Per accedere ai materiali, distinti per Zona Distretto, si veda: <https://www.regione.toscana.it/-/profili-di-salute-2022>

3- La L.R. 41/2005, all' art. 40, definisce l'Osservatorio Sociale (OSR) come la struttura organizzativa della Regione, finalizzata alla realizzazione di un sistema di osservazione, monitoraggio, analisi e previsione dei fenomeni sociali del sistema integrato, nonché di monitoraggio ed analisi di impatto delle relative politiche. All'Osservatorio è inoltre affidata l'analisi di fenomeni specifici, come quello migratorio, gli interventi legati al contrasto alla violenza di genere e all'inclusione sociale. Per accedere alle pubblicazioni e ai dati elaborati dall'Osservatorio si veda: <https://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale>

4- Per accedere alla pubblicazione, che comprende tre volumi: Volume 1 - Welfare e salute in Toscana 2022, Volume 2 - Le disuguaglianze sociali e di salute e le risposte del PNRR su coesione, inclusione e salute, Volume 3 - Appendice statistica 2022, si veda: <https://www.regione.toscana.it/-/welfare-e-salute-in-toscana-2022>

5 - Per accedere alla pubblicazione, si veda: <https://bit.ly/3Lfsynr>

---

6 - Per accedere ai dati aggiornati, distinti per Zona Distretto, si veda: <https://bit.ly/3l2Taxd>

7 - Per accedere ai dati sulla struttura per età e sesso dei residenti, distinti per Zona Distretto, si veda: <https://bit.ly/426f6ls>

### **La salute degli anziani**

Per quanto concerne la salute degli anziani, dai dati del sistema di sorveglianza Passi d'argento (8) emerge come il 63,2% di tale popolazione (circa 590 mila persone) soffra di almeno una malattia cronica. Un dato in linea con il valore nazionale. Mancano tuttavia alcune patologie importanti, come quelle neurodegenerative, l'ipertensione, le dislipidemie, le malattie reumatiche e quelle intestinali.

Di conseguenza, ricorrendo alle stime di ARS, che raccoglie informazioni su tutto lo spettro della cronicità, tale numero è destinato a salire, raggiungendo l'86% degli over 64 (9). Non tutte le malattie hanno però una natura invalidante, per questo circa il 90,6% degli over 64enni dichiara di avere una salute discreta o buona, ciò significa che buona parte dei malati cronici si ritiene soddisfatta di come riesce a convivere con la propria patologia.

La stima degli anziani non autosufficienti nelle attività di base della vita quotidiana (escluse le persone ricoverate nelle Rsa) è pari a 83.600 persone, mentre il livello di copertura dei servizi territoriali su tutta la popolazione anziana residente è pari al 26,7% (10) (ovvero 30.282 soggetti).

### **Le demenze**

Per quanto attiene la popolazione anziana, l'ultima dimensione analizzata è quella delle demenze. Nel 2021 i malati cronici di demenza sono 51.196, pari al 14,79% degli assistiti (tasso standardizzato per età ogni 1000 soggetti), con una forte eterogeneità a livello di Zona Distretto e una prevalenza della componente femminile, soprattutto dopo gli 85 anni (11).

In Toscana sono presenti 48 Centri per i Disturbi Cognitivi e le Demenze (CDCD), strutture cliniche focalizzate sulla prevenzione, la diagnosi e il trattamento delle diverse forme di demenza, di cui 7 afferenti alle Aziende Ospedaliero-Universitarie.

---

8 - Per accedere ai dati e alle pubblicazioni relativi al sistema di sorveglianza Istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità, si veda: <https://www.epicentro.iss.it/passi-argento/>

9 - Per approfondire l'impatto delle differenti patologie all'interno delle 3 ASL, si veda: <https://bit.ly/339CZpP>

---

10 - La Regione dispone di un ampio set di indicatori elaborato da ARS. Tali indicatori sono calcolati esclusivamente sugli utenti del percorso dedicato agli anziani non autosufficienti, presi in carico dai servizi a seguito di una seduta con dell'unità di valutazione multidimensionale (UVM) di Zona Distretto che ne ha certificato la condizione di bisogno socio sanitario complesso. Si tratta quindi di un sottogruppo dell'utenza complessiva dei servizi domiciliari e residenziali territoriali. Per accedere al sistema PrOTer - Assistenza-Non-Autosufficienza, che raccoglie i dati distinti per Zona Distretto, si veda: <https://bit.ly/3ZX19ZF>

11 - Per accedere ai dati aggiornati, distinti per Zona Distretto, si veda: <https://bit.ly/420DpHQ>

### La disabilità

Per quanto concerne la disabilità, il già citato rapporto regionale sintetizza il quadro generale attraverso la lettura congiunta di fonti differenti: ISTAT, INPS e INAIL e le rilevazioni effettuate dalle diverse Zone distretto. Tuttavia, proprio a causa delle differenti dimensioni analizzate nelle rilevazioni, al momento sono possibili soltanto stime indirette, frutto della lettura delle diverse informazioni.

Secondo la pubblicazione la *Disabilità in cifre* dell'ISTAT (12), in Toscana nel 2019, le persone con limitazioni funzionali gravi sono circa 196 mila, pari al 5,3%, dato che sale al 17,3%, pari a 643 mila persone, se allarghiamo la platea a tutte le persone con limitazioni funzionali, con una netta prevalenza di over 74. Quasi una persona su tre vive in condizione di solitudine e oltre una su quattro in coppia senza figli.

Spostando l'attenzione sulle altre fonti, INPS rileva che al 31 dicembre 2019, i beneficiari di pensioni per le persone con disabilità sono oltre 246 mila, con un'incidenza regionale pari al 6,7% (7,4% in Italia); INAIL (13) rileva che al 31 dicembre 2020, le persone con disabilità titolari di rendita diretta in seguito a infortunio lavorativo o malattia professionale sono circa 56 mila, con un'incidenza regionale pari a circa l'1,5% (0,95 % in Italia), con una netta prevalenza di maschi (83,3%) e di persone con 65 anni o più (68,8%).

Infine, i dati relativi alla rilevazione zonale hanno accertato per il 2020 la presenza di 31.625 persone in età 0-64 anni con cartella sociale attiva (11,5 ogni 1.000 residenti) che hanno ricevuto nell'anno almeno una prestazione di pertinenza dell'assistente sociale. Rispetto all'anno precedente si registra un incremento del 3,2% (974 assistiti in più), verosimilmente riconducibili ad una parte dei nuovi accertamenti avvenuti nell'anno ai sensi della L. 104/1992 (8.294, di cui 3.262 in gravità).

### L'offerta semiresidenziale e residenziale

Per quanto riguarda l'offerta residenziale per anziani (14), risultano attive 339 RSA, per un totale di 15.595 posti letto (l'indice di copertura è pari all'1,5%). Di questi, 14.191 sono destinati alla non autosufficienza (14,9 ogni 1.000 anziani). Circa una struttura su tre (29%) è di proprietà pubblica.

L'offerta semiresidenziale (Centri diurni) conta invece 146 strutture, di cui 102 per non autosufficienti e 26 per anziani con demenza. Qui i posti per non autosufficienti sono 1.540 (1,6 per 1.000 anziani), quelli per anziani con demenza 364 (0,4 per 1.000 anziani). Il 49% di questi Centri è pubblico.

A completamento del quadro, l'offerta regionale comprende infine 1.404 posti letto per autosufficienti in RSA (oltre ai 1.278 posti letto presenti nelle 46 residenze sociali assistite - RA) e 332 posti in 18 Centri diurni.

Relativamente alle strutture residenziali per persone con disabilità (14), risultano attive 33 RSD, per un totale di 1.062 posti letto e 40 CAP per un totale di 494 posti letto. Il 13% delle RSD e il 16% delle CAP è di proprietà pubblica.

Tra le risposte residenziali, in Toscana vanno annoverate anche le soluzioni alloggiative per l'attuazione del programma Dopo di Noi che dalla rilevazione al 31 dicembre 2021 (15) si attestano su oltre 120 unità - tra luoghi per la preparazione e il consolidamento delle autonomie e luoghi destinati all'housing - di cui 93 connotate come veri e propri appartamenti.

L'offerta semiresidenziale per persone con disabilità conta 133 strutture, di cui 44 offrono risposte di tipo sociosanitario o sanitario/riabilitativo e 89 di tipo socio-assistenziale, socio-occupazionale/laboratoriale o di socializzazione, per un totale rispettivamente di 839 e 1.840 posti. Il 43% delle strutture semiresidenziali è di proprietà pubblica.

12 - Per un approfondimento sui dati, si veda: <https://disabilitaincifre.istat.it/dawinciMD.jsp>  
Sempre sul sito dell'Istituto Nazionale di Statistica, una panoramica ampia delle informazioni può essere usata attraverso l'utilizzo del tag "disabili": <https://www.istat.it/it/archivio/disabili>

13 - Per un approfondimento sui dati, si veda la banca dati disabili dell'INAIL: <https://www.inail.it/cs/internet/attivita/dati-e-statistiche/banca-dati-disabili.html>

14 - I dati riportati derivano dal Censimento Strutture residenziali per anziani e persone con disabilità, anno 2021 - Settore Integrazione socio-sanitaria - Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale

15 - Cfr. Censimento degli alloggi per il Dopo di Noi in Toscana, anno 2021 Settore Integrazione socio-sanitaria Direzione Sanità, Welfare e Coesione Sociale, dati di sintesi pubblicati nel Setto Rapporto sulle disabilità in Toscana 2021/2022: <https://www.regione.toscana.it/osservatoriosocialeregionale>

### 1.3 I risultati del Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2019-2021

In attuazione del DPCM 21 novembre 2019, la Regione Toscana ha approvato con la DGR 618/2020 il Piano Regionale per la Non Autosufficienza 2019-2021 (PRNA 2019-2021).

Il PRNA 2019-2021, in continuità con le azioni messe in atto negli anni precedenti, e in coerenza con le previsioni della l.r. 66/2008 che istituisce il Fondo regionale per la non autosufficienza, ha attivato azioni in grado di migliorare qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone fragili, promuovendo la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza; ha attuato percorsi assistenziali finalizzati al miglioramento delle condizioni di vita delle persone non autosufficienti e delle loro famiglie, ampliando la rete dei servizi degli interventi e semplificando le modalità di accesso.

Le risorse trasferite dal livello nazionale, unitamente a quelle previste dal Fondo regionale per la non autosufficienza, sono state impiegate per implementare e armonizzare le azioni dedicate alla non autosufficienza e alla disabilità e per garantire, attraverso il sistema sociosanitario pubblico regionale, sia in termini di presa in carico che di accesso ai servizi, qualità, tempestività e appropriatezza delle prestazioni riducendo liste di attesa e ricoveri impropri e ripetuti.

Le risorse nazionali hanno permesso inoltre di incrementare e migliorare l'assistenza indiretta e gli interventi complementari all'assistenza domiciliare, in coerenza con il modello toscano che persegue l'obiettivo della permanenza della persona non autosufficiente o con disabilità nel contesto di vita e limitando i casi di inserimento in strutture residenziali.

Ulteriore impulso alla qualità dei servizi e delle prestazioni è stato dato mediante la revisione del sistema di accreditamento delle strutture residenziali e dei servizi alla persona, attraverso la modifica della l.r. 82/2009 "Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato". In particolare si è operato lo spostamento della competenza in materia di accreditamento delle strutture sociali e sociosanitarie, dal livello comunale a quello regionale, ritenuto il livello ottimale per garantire standard qualitativi uniformi su tutto il territorio toscano, mentre è rimasta invariata la competenza dei Comuni rispetto all'accREDITAMENTO dei servizi.

L'accREDITAMENTO del sistema sociale integrato, entrato in vigore con l'approvazione della DGR n. 245 del 15 marzo 2021, garantisce il miglioramento continuo della qualità delle strutture sociosanitarie e sociali, riduce la variabilità delle performance assistenziali e promuove una cultura di attenzione agli aspetti psicologico-relazionali connessi all'attività di cura e alla sicurezza dei pazienti e degli ospiti, anche nell'ambito della lungo-assistenza.

La prima fase si è conclusa con l'adeguamento delle strutture già accreditate ai nuovi requisiti generali e specifici e con l'accREDITAMENTO di strutture di nuova istituzione o non accreditate col sistema pregresso. L'attività realizzata ha riguardato il monitoraggio e la valutazione degli standard qualitativi delle strutture e dei servizi sociali e sociosanitari, attraverso il sistema di qualità fondato su panel di requisiti e indicatori appositamente definiti.

Le strutture accreditate risultano 755, di cui 74 accreditate per la prima volta e quindi soggette a controllo; le strutture già accreditate sono soggette a controllo a campione.

### 1.3.1 L'utilizzo delle risorse nazionali

Il PNNA 2019-2021 ha messo a disposizione della Regione Toscana risorse complessive nel triennio pari a 136.518.000 euro integrate da ulteriori 2.154.500 euro quale quota di cofinanziamento garantito dagli ambiti territoriali per i progetti di vita indipendente; di queste, il 57% è stato impiegato per le persone con disabilità, di cui il 13,6% per il finanziamento dei progetti di vita indipendente.

Le restanti risorse, destinate alle persone anziane non autosufficienti, sono state utilizzate per l'81% per l'assistenza domiciliare indiretta (contributo per l'assistente familiare) e per il 19% per gli inserimenti temporanei o di sollievo in residenza.

L'utilizzo delle risorse risulta pienamente coerente con quanto programmato attraverso il PRNA 2019-2021 adottato in attuazione del PNNA 2019-2021.

■ **Tabella 1 - Le risorse nazionali** ■

Anno	Tipo interventi	Persone con disabilità prese in carico	Persone con disabilità, risorse utilizzate	Anziani non autosufficienti presi in carico	Anziani non autosufficienti, risorse utilizzate
2019	Interventi in forma indiretta domiciliari o per la vita indipendente	2.034	19.582.000,00	6.141	15.000.000,00
	Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza			1.721	3.462.000,00
	Vita indipendente	277	2.600.000,00		
	<b>Totale</b>	<b>2.311</b>	<b>22.182.000,00</b>	<b>7.862</b>	<b>18.462.000,00</b>
2020	Interventi in forma indiretta domiciliari o per la vita indipendente	1.894,00	26.059.000,49	7.186,00	14.945.000,00
	Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza			1.514,00	4.000.000,00
	Vita indipendente	327,00	5.577.500,13		
	<b>Totale</b>	<b>2.251,00</b>	<b>31.740.500,13</b>	<b>8.700,00</b>	<b>18.945.000,00</b>
2021	Interventi in forma indiretta domiciliari o per la vita indipendente	1.684	22.812.644	8.311	17.811.500
	Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza			1.661	4.000.000
	Vita indipendente	403	2.600.000		
	<b>Totale</b>	<b>2.109</b>	<b>25.531.500</b>	<b>9.972</b>	<b>21.811.500</b>
<b>Triennio</b>	<b>Totale</b>	<b>6.671</b>	<b>79.454.000</b>	<b>26.534</b>	<b>59.218.500</b>

## 1.3.2 L'utilizzo delle risorse regionali

Le risorse regionali che contribuiscono all'attuazione del PRNA 2019-2021 sono così suddivise:

- 115 mln assegnati nel triennio alle Zone distretto/Società della Salute, ai sensi dell'art. 3 della l.r. 66/2008, per le seguenti tipologie di prestazioni destinate agli anziani non autosufficienti e alle persone con disabilità:

- 1.interventi domiciliari sociosanitari, di aiuto alla persona, forniti in forma diretta dal servizio pubblico;
- 2.interventi in forma indiretta, domiciliari o per la vita indipendente, compresi gli interventi di adattamento domestico, per il sostegno della domiciliarità, tramite titoli per l'acquisto di servizi e per il sostegno alle funzioni assistenziali, in coerenza con la programmazione regionale;
3. inserimenti in strutture semiresidenziali;
4. inserimenti temporanei o di sollievo;
5. inserimenti permanenti in residenza;

- 30 mln per il sostegno alle progettualità di Vita indipendente;

- 591 mln per l'inserimento di persone anziane ultrasessantacinquenni non autosufficienti, in possesso di PAP a seguito di valutazione UVM, per la copertura della quota sanitaria residenziali (Residenze Sanitarie Assistenziali e Centri Diurni).

All'interno del PRNA 2019-2021 la Regione Toscana ha messo a disposizione nel triennio risorse proprie complessivamente pari a 728.056.559 euro di queste l'87% è stato utilizzato per le persone anziane non autosufficienti. Delle restanti risorse destinate alle persone con disabilità, il 31% è stato utilizzato per il finanziamento dei progetti di Vita indipendente.

■ **Tabella 2 - Le risorse regionali** ■

Anno	Tipo interventi	Persone con disabilità prese in carico	Persone con disabilità, risorse utilizzate	Anziani non autosufficienti presi in carico	Anziani non autosufficienti, risorse utilizzate
2019	Interventi domiciliari sociosanitari in forma diretta dal servizio pubblico	952	3109526,83	7105	17365574,82
	Interventi in forma indiretta domiciliari o per la vita indipendente	809	1.251.672	605	2.705.110
	Adattamento domestico	2	6.505		
	Inserimenti in strutture semiresidenziali	870	2.475.296	2.123	13.305.273
	Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza	214	2.461.541	1.685	17.414.220
	Inserimenti permanenti in residenza	800	12.089.073	10.929	167.597.488
	Vita indipendente	812	9.000.000		
	<b>Totale</b>	<b>4.459</b>	<b>30.393.614</b>	<b>22.447</b>	<b>218.387.666</b>
2020	Interventi domiciliari sociosanitari in forma diretta dal servizio pubblico	1.285	3.036.242	7.146	19.448.142
	Interventi in forma indiretta domiciliari o per la vita indipendente	935	1.675.368	194	1.903.336
	Adattamento domestico	5	21.007	1	975
	Inserimenti in strutture semiresidenziali	1.151	2.717.426	1.673	6.607.076
	Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza	276	2.530.482	1.954	16.191.505
	Inserimenti permanenti in residenza	866	11.951.067	11.296	169.112.875
	Vita indipendente	996	9.000.000		
	<b>Totale</b>	<b>5.514</b>	<b>30.931.592</b>	<b>22.264</b>	<b>213.263.909</b>
2021	Interventi domiciliari sociosanitari in forma diretta dal servizio pubblico	1.410	3.419.791	7.435	20.226.593
	Interventi in forma indiretta domiciliari o per la vita indipendente				
	Adattamento domestico	6	34.900	7	5.000
	Inserimenti in strutture semiresidenziali	955	2.502.158	774	6.234.148
	Inserimenti temporanei o di sollievo in residenza	388	2.502.158	1.751	16.985.890
	Inserimenti permanenti in residenza	802	13.072.504	10.492	160.253.704
	Vita indipendente	1.068	10.842.931		
	<b>Totale</b>	<b>4.629</b>	<b>32.374.442</b>	<b>20.459</b>	<b>203.705.336</b>
<b>Triennio</b>	<b>Totale</b>	<b>14.602</b>	<b>93.699.648</b>	<b>65.170</b>	<b>635.356.911</b>

Va sottolineato che le risorse regionali sopra specificate sono quelle previste all'interno del PRNA 2019-2021 a supporto del Fondo nazionale e che pertanto il quadro non è esaustivo rispetto al complesso delle risorse utilizzate a livello regionale per le persone anziane non autosufficienti e per le persone con disabilità.

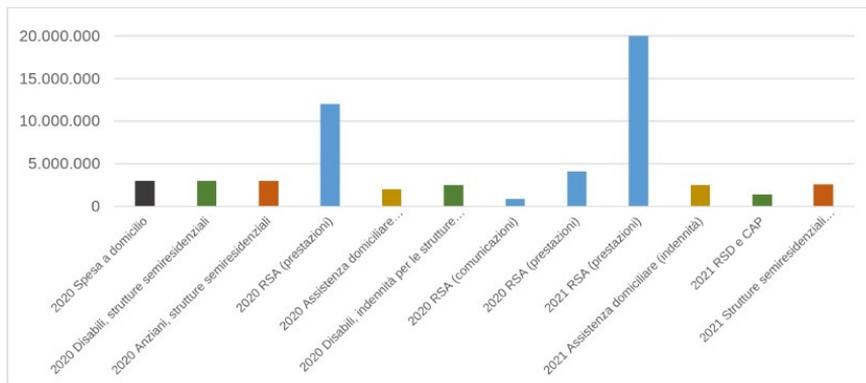
### 1.3.3 Le risorse straordinarie per l'emergenza Covid-19

L'attuazione del PRNA 2019-2021 è coincisa con il diffondersi dell'epidemia da Covid-19. La Regione Toscana, già dal mese di marzo 2020, ha emanato una serie di disposizioni contenenti le indicazioni per la gestione dell'emergenza, rivolte in particolare alle residenze per anziani non autosufficienti (RSA) e per le persone con disabilità (RSD).

Sono seguite una serie di disposizioni continuamente aggiornate in base all'andamento della diffusione del contagio, delle conoscenze acquisite e delle evidenze scientifiche sulla diffusione del virus e sulla pandemia. Complessivamente le risorse straordinarie stanziata nelle annualità 2020 e 2021 ammontano a 56,8 mln di euro.

Tra gli stanziamenti economici più importanti si evidenziano quelli previsti dalle DGR 1289 e 1687 del 2020 e 332 del 2021, per un ammontare complessivo di 36 mln, destinati alla copertura dei maggiori costi sostenuti dalle RSA per l'acquisto dei dispositivi di protezione individuale e per la sanificazione, al fine di prevenire la diffusione del contagio all'interno delle strutture e per l'applicazione delle disposizioni nazionali e regionali.

**Tabella 3 - Le risorse straordinarie Emergenza Covid-19**



### 1.3.4 Gli investimenti per promuovere la domiciliarità e l'autonomia della persona con disabilità

Tra gli interventi specifici dedicati alle persone con disabilità e attuati nel triennio 2019-2021, si collocano una serie di percorsi che concorrono a delineare il quadro complessivo delle politiche mirate al mantenimento ed allo sviluppo delle potenzialità e alla conquista di autonomia e di vita indipendente.

Gli interventi ed i programmi che riguardano le disabilità gravissime, la vita indipendente, il supporto al caregiver familiare e il Dopo di Noi, come descritti nella sezione 3.3, costituiscono infatti un insieme di opportunità e risorse per il sistema sociosanitario integrato e contribuiscono alla costruzione di percorsi di inclusione e partecipazione nella logica del contrasto alla istituzionalizzazione e della promozione, piuttosto, di percorsi domiciliari e di indipendenza.

#### **Le disabilità gravissime**

Gli interventi per le persone con disabilità gravissima, previsti fin dal 2016 e regolati dal DM 26 settembre 2016, hanno registrato un notevole incremento nel triennio di vigenza del PRNA 2019-2021, anche in ragione dell'incremento dei percorsi assistenziali domiciliari a supporto delle persone con disabilità e delle loro famiglie nel corso della pandemia.

Numeri alla mano, si è passati da 1.829 persone con disabilità gravissima beneficiarie di un contributo per l'assistente familiare nel 2019, di cui 249 persone con SLA che si trovano nella fase avanzata della malattia, a 1.924 persone nel 2020, di cui 228 con SLA, fino ad arrivare nel 2021 a 2.066 beneficiari con disabilità gravissima, di cui 271 con SLA.

L'incremento dei cittadini che hanno potuto usufruire di questo sostegno è stato possibile anche a seguito dell'incremento delle risorse, nel periodo della pandemia, tramite provvedimenti nazionali ad hoc.

#### **I sostegni alla Vita indipendente**

Per quanto attiene il fondo regionale dedicato alle progettualità di Vita indipendente, nel corso del triennio 2019-2021 si è registrato un notevole incremento delle risorse, che sono passate da 9 a quasi 13 mln di euro, permettendo in questo modo di azzerare la lista di attesa presente a fine 2019.

Il dato più recente disponibile è quello relativo all'annualità 2021, nel corso della quale sono 1.068 le persone con disabilità grave che hanno avuto un progetto di vita indipendente sostenuto con le risorse regionali dedicate.

Nello stesso triennio 2019-2021, a tali risorse si sono sommate le risorse nazionali messe a disposizione delle persone con disabilità attraverso i bandi territoriali, pari complessivamente a 11 mln di euro, di cui 2 mln messi a disposizione dalle zone distretto e Società della Salute, chiamate a partecipare obbligatoriamente per almeno il 20%.

Dal 2020 al 2022 le domande pervenute a seguito della pubblicazione dei bandi sono state circa 1.700, di cui circa 1.000 quelle finanziate. Più dell'80% dei progetti finanziati hanno riguardato persone di età inferiore a 44 anni.

Sebbene la percentuale più alta degli obiettivi finanziati resti comunque il supporto alla vita quotidiana e alle attività domestiche, sono stati altresì sostenuti 6 percorsi annuali di start-up di impresa e lavoro autonomo, mentre i percorsi formativi, compresi quelli universitari e il sostegno alle attività genitoriali sono raddoppiati dalla prima alla terza annualità; quasi 50 sono stati i percorsi di deistituzionalizzazione, di autonomia e fuoriuscita dal nucleo familiare.

#### **Il sostegno al caregiver**

Nel 2021 la Regione Toscana ha affiancato il supporto economico ai caregiver, attivato nello stesso anno a seguito della costituzione del Fondo nazionale, con un servizio di supporto psicologico telefonico attivato tramite il Centro di Ascolto regionale.

Nel 2022, anno di messa a regime del servizio stesso, numerosi sono stati i contatti per supporto psicologico (circa 125), ma ancor di più quelli di orientamento verso servizi territoriali e/o servizi dell'associazionismo e Terzo settore (circa 250), segno forse ancora una volta che l'informazione e la comunicazione sono leve fondamentali per favorire l'accesso universalistico.

Sono stati infine più di 100 i percorsi di supporto psicologico attivati e realizzati dagli psicologici del Centro regionale, la larga parte dei quali verso caregiver di persone con una diagnosi di demenza.

Per quanto riguarda i contributi, pari a massimo 400 euro mensili destinati, secondo le indicazioni nazionali, soprattutto ai caregiver di persone con disabilità gravissima, il dato disponibile è relativo all'annualità 2021 e conta circa 570 beneficiari con un utilizzo pressochè totale delle risorse erogate agli ambiti.

### ***Il programma Dopo di Noi***

L'attuazione del programma Dopo di Noi, all'indomani dell'emanazione della L. 112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", ha determinato un coinvolgimento consistente del sistema pubblico e del privato sociale, impegnati nel percorso di co-programmazione e co-progettazione.

A fronte di 19.484.270 euro stanziati dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, nel quinquennio di istituzione del fondo ex L. 112/2016, gli interventi in Toscana hanno visto un impegno economico complessivo di 27.797.000 euro, di cui 3.117.100 euro di risorse regionali e ben 5.195.630 euro quale parte del cofinanziamento assicurato dalle Zone distretto/Società della Salute e dai partner di progetto. Le risorse dedicate alle soluzioni alloggiative di ambito B, pensate per favorire esperienze di residenzialità, sono state pari a 14.913.870 euro.

A fine 2021 si contano 1.244 persone con un Progetto di vita nel quale sono previsti interventi riconducibili al Dopo di Noi; di queste poco meno del 20% hanno un progetto rivolto all'abitare.

Nello stesso periodo, sono stati indicati 120 luoghi in cui erano presenti attività legate al dopo di noi tra appartamenti privati e ambienti di simulazione: di questi 79, corrispondenti a circa il 74%, sono veri e propri appartamenti in cui vengono svolti sia soluzioni abitative permanenti che ambienti di simulazione e di accrescimento delle autonomie abitative e relazionali.

## CAPITOLO 2

### Il dispositivo di piano toscano

#### 2.1. Dalla matrice di programmazione nazionale alla declinazione toscana

Le normative nazionali che regolano le politiche sociali e quelle sanitarie definiscono la cornice di riferimento all'interno della quale Regione Toscana, nell'ambito della propria potestà legislativa e delle proprie competenze in ambito di programmazione, ha sviluppato il modello toscano di integrazione sociosanitaria.

La Regione Toscana, in coerenza con gli indirizzi nazionali, ha già da tempo uniformato l'articolazione territoriale per l'ambito sociosanitario attraverso la l.r. 40/2005, che disciplina il servizio sanitario regionale, e la l.r. 41/2005 che invece disciplina il sistema integrato di interventi e servizi sociali.

All'interno di questo quadro regionale, l'integrazione sociosanitaria nella Zona distretto viene garantita attraverso due modelli organizzativi alternativi tra loro: la Società della Salute o la Convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, obbligatoria nel caso in cui non venga attivato il consorzio Società della Salute.

Le Zone distretto sono 28 di cui 16 costituite in consorzio Società della Salute (SdS); a ciascuna è preposto un direttore, nominato dal direttore generale della Azienda USL in accordo con la conferenza zonale integrata, al quale sono attribuite competenze in materia di assistenza territoriale e integrazione sociosanitaria.

Nelle zone nelle quali sono stati costituiti i consorzi SdS, il direttore generale dell'Azienda UsL delega al direttore della SdS, le funzioni di direttore di zona.

Le leggi regionali 40 e 41 del 2005 definiscono inoltre la struttura della governance istituzionale articolata mediante un sistema di conferenze costituite sulla base del differente livello di governo nel quale agiscono.

Tra le funzioni principali di tali conferenze, risiede quella relativa alla formulazione e all'approvazione degli atti fondamentali di programmazione per il livello di propria competenza. In particolare, a livello di Zona distretto, la programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali, si attua attraverso il Piano

Integrato di Salute (PIS), approvato dalla Conferenza zonale integrata o dall'Assemblea dei soci della SdS, ove costituita, e al quale è ricondotta l'elaborazione del Piano Integrato Zonale (PIZ).

La struttura organizzativa del territorio toscano, nonché le modalità di programmazione e l'organizzazione dell'integrazione sociosanitaria previsti a livello normativo regionale, risultano coerenti con gli indirizzi nazionali in materia, e consentono le necessarie corrispondenze tra funzioni, modelli organizzativi e strumenti di programmazione attribuiti alle Zone distretto.

In riferimento alla natura, alle fasi e ai contenuti del percorso di presa in carico definito come LEPS di processo, per quanto attiene l'accesso, la prima valutazione, la valutazione multidimensionale, l'elaborazione del piano assistenziale personalizzato e il monitoraggio degli esiti di salute, per la non autosufficienza e la disabilità, i livelli di governo organizzativi e di funzionamento risultano già definiti all'interno delle norme regionali, a partire dalla l.r. 66/2008 che ha trovato attuazione nei successivi provvedimenti regionali in materia.

Nel PNNA 2022-2024 le modalità di realizzazione del LEPS di processo relativo al "percorso assistenziale integrato" sono stabilite attraverso l'Accordo di programma, che sancisce altresì la necessaria sinergia istituzionale per la sua attuazione.

L'Accordo di programma, con cui l'ambito territoriale coinvolge operativamente le amministrazioni comunali e l'azienda sanitaria di riferimento per dare attuazione agli elementi di cooperazione professionale e organizzativa necessari, è lo strumento di sistema che supporta l'intera strategia del LEPS di processo.

L'Accordo delinea il quadro di riferimento sia per l'intesa istituzionale sia per le misure dedicate all'integrazione organizzativa e interprofessionale. In concreto, l'Accordo declina gli impegni reciproci che le parti assumono in attuazione del LEPS di processo, come definito dalla programmazione nazionale.

Il PNNA 2022-2024 fornisce lo schema tipo da adattarsi alle singole realtà regionali e Regione Toscana, con l'approvazione di un proprio schema di Accordo di programma, provvederà ad assicurare il coordinamento tra il dettato nazionale e gli strumenti normativi e di programmazione già definiti, al fine di consolidare i LEPS di processo.

All'interno dell'Accordo di programma, l'equipe integrata di ambito è organismo individuato allo scopo di garantire l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato.

Nel sistema toscano l'equipe integrata di ambito è ricondotta ai livelli organizzativi, rappresentati dagli Uffici di piano, dai PUA e dalle UVM/UVMD, già costituiti per le funzioni necessarie allo svolgimento appropriato dell'intero percorso di presa in carico delle persone non autosufficienti o con disabilità, dalla fase di accesso ai servizi, in sinergia con la COT, a quella di valutazione e definizione del Piano assistenziale individualizzato/progetto di vita, fino al monitoraggio e valutazione degli esiti anche in termini di qualità della vita.

## CAPITOLO 3

### Le linee di intervento programmate

#### 3.1 Anziani non autosufficienti

##### 3.1.1 Il modello di presa in carico della persona anziana non autosufficiente

Con la l. r. 66/2008 la Regione Toscana ha istituito il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA), al fine di sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane, ponendosi in particolare le seguenti finalità:

- migliorare la qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, disabili e anziane;
- promuovere un sistema fondato sulla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità;
- favorire percorsi che realizzino la vita indipendente e la domiciliarità.

Il cardine del sistema restano i riferimenti già previsti dalla l.r. 66/2008, ribaditi a livello nazionale dal DPCM Lea del 12 gennaio 2017: sistema dell'accesso fondato sui Puntinsieme, prima lettura del bisogno, valutazione multi professionale, progetto personalizzato. Le risorse vengono erogate, tramite il Fondo per la Non Autosufficienza e il Fondo Sanitario alle Società della Salute o Zone distretto, e da queste utilizzate attraverso la compiuta realizzazione di un sistema unico di accesso per le persone non autosufficienti che, superando la logica della frammentazione e della settorialità di erogazioni di singole prestazioni, sia in grado di fornire percorsi immediatamente identificabili e facilmente accessibili.

La segnalazione del bisogno che le persone e/o i loro familiari esprimono, viene presentata agli sportelli Puntinsieme presenti su tutto il territorio regionale e i cui riferimenti sono tenuti aggiornati attraverso il sito di Regione Toscana.

Al Puntinsieme la segnalazione può pervenire anche tramite i MMG/PLS, Servizi Specialistici o attraverso le reti di prossimità che offrono un servizio di informazioni e orientamento. La rete dei servizi per l'accesso così rappresentata costituisce uno dei livelli base di cittadinanza sociale che deve essere garantito sull'intero territorio, facilitando un accesso unificato ai percorsi di presa in carico, eliminando e semplificando i passaggi che la persona stessa e i suoi familiari devono compiere.

La presa in carico avviene da parte della Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) che è composta da professionalità sociali e sanitarie (un medico di comunità, un assistente sociale e un infermiere quali personale stabile; tale gruppo è integrato dal MMG della persona e, sulla base del bisogno, da altri professionisti) con il compito di verificare le capacità funzionali della persona, il suo stato di salute, la sua rete relazionale e a stilare, conseguentemente e tramite l'applicazione di strumenti scientificamente testati ed uniformi sul territorio della Regione Toscana, il Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP).

Il PRNA 2022-2024 nel triennio si propone di:

- analizzare e aggiornare le modalità di accesso e le tipologie assistenziali finanziate con il Fondo per la non autosufficienza tenendo conto della nuova definizione dinamica del concetto di anzianità;
  - implementare e omogeneizzare le azioni dedicate alla non autosufficienza (l.r. 66/2008) per garantire, attraverso il sistema sociosanitario regionale, sia in termini di presa in carico che di accesso ai servizi per la persona non autosufficiente, qualità, tempestività e appropriatezza delle prestazioni riducendo liste di attesa e ricoveri impropri e ripetuti;
  - rilevare i diversi bisogni, sociali e sanitari, riallocando e ridistribuendo azioni e risorse, già disponibili tra ospedale e territorio, rafforzando la rete dei soggetti che operano sul territorio anche attraverso una revisione qualitativa e quantitativa degli obiettivi dei servizi domiciliari e semiresidenziali;
- sviluppare nuovi modelli di cura intervenendo sullo sviluppo di reti comunitarie e facilitando l'attivazione di servizi ed interventi che possono contrastare processi di esclusione e di marginalizzazione della persona non autosufficiente e del caregiver (ad es. trasporti, residenzialità temporanea, ristorazione, acquisto di medicine, disbrigo di pratiche burocratiche, iniziative di socializzazione ecc.).

### 3.1.2 Il progetto Pronto Badante

Il progetto regionale "Pronto Badante - Interventi di sostegno e integrazione nell'area dell'assistenza familiare in Toscana", attivato in via sperimentale su tutto il territorio regionale a partire dal 2016, ha rappresentato una concreta opportunità per le famiglie offrendo loro di accedere ad un tempestivo intervento direttamente a domicilio, in caso di improvvisa non autosufficienza temporanea o definitiva della persona anziana.

Il progetto persegue infatti l'obiettivo di sostenere la famiglia nella gestione improvvisa dei bisogni dell'anziano, che si trova per la prima volta in una situazione di disagio e difficoltà, e di attivare interventi di tipo informativo sui percorsi socioassistenziali territoriali, e di tipo economico, che offrono sostegno alla famiglia durante l'iter per l'instaurazione di un rapporto lavorativo con un assistente familiare.

Il percorso inizia attraverso la segnalazione del bisogno, da parte dell'utenza, al numero verde gratuito dedicato, alla quale segue la presa in carico del caso e l'attivazione - entro 24/48 ore - di un intervento di supporto e tutoraggio personalizzato, direttamente a casa dell'anziano in presenza di un operatore. Quest'ultimo ha il compito di informare e orientare la famiglia e la persona anziana, sui percorsi di assistenza attivabili nell'immediato e sugli adempimenti amministrativi.

Qualora risultasse necessario, può essere erogato un contributo *in tunc*, attraverso il libretto famiglia, per avviare un primo rapporto di lavoro con un assistente familiare.

Una peculiarità del progetto riguarda l'attivazione di una rete territoriale di protezione a supporto della famiglia e della persona anziana che, tramite il coinvolgimento delle realtà del volontariato, dei soggetti del Terzo settore e la collaborazione con il sistema dei servizi pubblici, consolida la qualità del welfare territoriale attraverso politiche sociali innovative e di inclusione.

### 3.1.3 Il miglioramento qualitativo e appropriatezza del modello di presa in carico

La Toscana con la DGR 843/2021 ha proposto un modello che possa rispondere a un nuovo approccio integrato che tenga insieme risposte di residenzialità, anche di livello e tipologie diversificate, modulabili sulle diverse caratteristiche e sui differenziati livelli di autonomia delle persone anziane, con servizi di assistenza e cura territoriali che in parallelo siano rafforzati e strutturati nel senso di una maggiore prossimità, chiarezza e continuità del percorso di presa in cura, di gestione delle cronicità.

Se da un lato è necessario un miglioramento dell'offerta in termini di residenzialità, dall'altro serve una sempre maggior attenzione al tema dell'assistenza domiciliare, che consenta di evitare o rimandare l'istituzionalizzazione, garantendo alle persone anziane il miglior livello possibile di qualità della vita senza dover lasciare l'ambiente domestico e familiare.

L'esigenza di ripensare complessivamente il sistema di presa in carico dell'anziano è anche espressione di un mutamento e di un allargamento progressivo dei bisogni della popolazione anziana. Espansione che si ripercuote sulle esigenze dell'assistenza sanitaria e sociale e sulla necessità di modulare e diversificare gli interventi nell'ambito delle quattro aree già presenti attualmente: prevenzione, interventi a domicilio, servizi semiresidenziali, servizi residenziali.

La programmazione sociosanitaria, regionale e territoriale, si prefigge l'obiettivo di incrementare in termini quantitativi e qualitativi le risposte integrate sul territorio garantendo appropriatezza, rispetto dei livelli essenziali di assistenza e/o degli obiettivi di servizio dati e anche sostenibilità di medio-lungo periodo.

Gli obiettivi specifici possono essere così sintetizzati:

- rafforzare la rete dei soggetti che operano sul territorio attraverso una revisione qualitativa e quantitativa degli obiettivi dei servizi domiciliari e semiresidenziali e la redistribuzione delle risorse fra territorio e ospedale;
- dare appropriatezza al sistema, garantendo la permanenza al domicilio, ove possibile, e la qualità dei servizi e dei percorsi ove il ricorso alla residenzialità non sia derogabile;

- potenziare il percorso di cura dell'anziano non autosufficiente e della persona con disabilità, attraverso l'incremento dei servizi di assistenza domiciliare sociale e sanitaria all'interno del percorso di presa in carico da parte dei servizi territoriali;
- innovare profondamente l'attuale sistema dei servizi residenziali, da un lato preservando l'esistente, dall'altro ripensando il modello organizzativo basato su una reale articolazione "modulare" dei servizi;
- garantire personalizzazione ai percorsi, continuità assistenziale ai progetti personalizzati, equità e sostenibilità al sistema.
- la rivisitazione complessiva dell'offerta residenziale (resa necessaria a seguito dell'emergenza da Covid-19) che da un lato preservi l'esistente e, dall'altro, ripensi il modello organizzativo oggi basato su una articolazione "modulare" dei servizi. La necessità del ripensamento del modello di RSA potrebbe prevedere, una differenziazione delle strutture per tipologia di utenza e una conseguente riorganizzazione innovativa che preveda un adeguamento delle strutture ai nuovi bisogni degli assistiti, che hanno una crescente componente sanitaria;
- la garanzia di un miglioramento continuo della qualità delle strutture, di una riduzione della variabilità delle performance assistenziali, di percorsi formativi adeguati al miglioramento professionale degli operatori promuovendo un'attenzione continua agli aspetti psicologico-relazionali connessi all'attività di cura e alla sicurezza dei pazienti, anche nell'ambito della lungoaassistenza;

### 3.1.4 La residenzialità

Il documento prodotto dal gruppo di lavoro "ridefinizione del ruolo e riqualificazione dell'offerta delle RSA", allegato B DGR 843/2021, prende avvio dalla centralità della programmazione e della governance pubblica, con riferimento specifico alla residenzialità sanitaria assistita, e si sostanzia principalmente nella elaborazione a livello territoriale di una precisa analisi dei bisogni di salute della popolazione anziana non autosufficiente, dell'offerta assistenziale esistente e del fabbisogno di posti letto, con particolare riferimento a quelli residenziali e semiresidenziali.

Sul fronte dell'offerta si pone anzitutto il bisogno di ripensare i servizi per la permanenza a domicilio della persona anziana non autosufficiente attraverso:

- il consolidamento della "libera scelta" anche attraverso il potenziamento e l'aggiornamento continuo del "Portale delle RSA", lo strumento per conoscere le Residenze sanitarie assistenziali toscane, autorizzate, accreditate e finanziate dal Servizio sanitario regionale;
- l'omogeneizzazione, a livello regionale, dei criteri di accesso ai titoli di acquisto per modulo base in RSA e le condizioni per la costituzione e la gestione delle liste di priorità, laddove i titoli non siano in quantità sufficiente rispetto alla domanda;
- la reingegnerizzazione del sistema di accesso dei medici di medicina generale nelle strutture che, contestualmente alla revisione del sistema di approvvigionamento e gestione dei farmaci, determinerebbe minori costi per il sistema incrementando la qualità;

- la garanzia per gli ospiti e per le loro famiglie di servizi sempre più rispondenti a percorsi di appropriatezza e di qualità;
- la promozione di azioni, a tutela della dignità della persona, delle pari opportunità e del superamento delle disuguaglianze, di prevenzione degli stati di bisogno, assicurata attraverso lo sviluppo di programmi integrati e la valorizzazione della governance multilivello.

## 3.2 La Demenza

La demenza costituisce una grande priorità di sanità pubblica, soprattutto nelle regioni con un'alta percentuale di anziani e di grandi anziani come la Toscana. L'elevato carico assistenziale posto dai malati affetti da demenza sulle famiglie e sul sistema sociosanitario richiede una adeguata programmazione della rete dei servizi specialistici e diagnostico-terapeutici, di assistenza domiciliare e semiresidenziale/residenziale quali i centri diurni e i moduli dedicati all'interno delle RSA.

Considerate le caratteristiche di gravità, diffusione e implicazioni sulla qualità di vita, la demenza deve essere affrontata come una malattia sociale. Cogliendo l'occasione dell'approvazione del Piano Nazionale Demenze (PND) nell'ottobre del 2014, la Regione Toscana ha intrapreso una serie di iniziative finalizzate all'attuazione delle indicazioni nazionali e quindi alla ricerca del migliore benessere possibile per le persone con demenza, alla valorizzazione e al sostegno di chi li assiste e al loro coinvolgimento nel processo di cura, alla garanzia di un sistema di servizi globale, unitario, integrato, radicato nel territorio, vicino alle persone nell'ottica della qualificazione della rete esistente.

Di fatto la Toscana è stata una delle prime regioni italiane a recepire formalmente il Piano con DGR 147/2015, ma anche ad avviare un ventaglio di strumenti ed iniziative con lo scopo di migliorare la conoscenza, la presa in carico e la cura delle persone malate di demenza.

Con successiva DGR n. 1402/2017 la Regione Toscana ha approvato il documento "Indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari", il cui obiettivo generale è delineare uno specifico modello assistenziale da declinare in tutto il territorio regionale per migliorare la qualità di vita del paziente affetto da demenza e della sua famiglia, valorizzando e potenziando le professionalità esistenti, creando sinergie lavorative e relazionali grazie anche alle opportunità che la tecnologia offre.

L'atto approva inoltre il documento Piano Regionale Demenze, in attuazione del "Piano Nazionale Demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze" conservandone, pur nella dovuta distinzione di obiettivi, azioni e strumenti, le stesse priorità.

### 3.2.1 Il Fondo Nazionale per l'Alzheimer e le Demenze

Il 30 marzo 2022 è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il Decreto sul Fondo per l'Alzheimer e Demenze che stanZIA 14.100.000 euro per le Regioni e le Province Autonome (PA) e 900.000 euro per l'Istituto Superiore di Sanità per l'esecuzione di una serie di attività progettuali orientate al perseguimento degli obiettivi del PND. Il provvedimento era previsto dai commi 320, 321 e 322 della L. 178/2020 (Legge di Bilancio 2021) e stanZIA 5 milioni di euro all'anno per il triennio 2021-2023.

Si tratta di un finanziamento specifico sulla demenza dopo quasi 8 anni dalla pubblicazione del PND che non prevedeva alcun sostegno economico. È nei fatti il primo finanziamento pubblico sulla demenza nella storia del nostro Paese e rappresenta, dopo il Progetto Cronos e la pubblicazione del PND, la più grande operazione di sanità pubblica su questo tema.

La proposta progettuale presentata dalla Regione Toscana nell'ambito del Piano triennale di attività al fine di accedere alla quota di risorse assegnata con Decreto del Ministero della Salute, approvato il 23 dicembre 2021, pari a 848.740,89, euro prevede il coinvolgimento delle 6 Aziende Sanitarie (3 Aziende USL e 3 Aziende Ospedaliere Universitarie) e si concentra su 3 linee di azione relative al potenziamento della diagnosi precoce del Disturbo Neurocognitivo minore (DNC), alla diagnosi tempestiva del Disturbo Neurocognitivo Maggiore (DNM) e alla sperimentazione, valutazione e diffusione di interventi di telemedicina tesi ad assicurare la continuità delle cure nei diversi setting assistenziali.

### 3.2.2 I servizi e le risorse per l'innovazione

Dal 2019 la Regione Toscana sta portando avanti un sistema virtuoso di supporto a domicilio per le persone che vivono la demenza attraverso progetti finanziati con riferimento a due Avvisi a valere sulle risorse del POR FSE (Fondo Sociale Europeo) 2014-2020 e del FSC (Fondo per lo Sviluppo e la Coesione) prevedendo l'erogazione di buoni servizio alle persone aventi diritto sulla base di Piani Individualizzati.

Nello specifico gli interventi finanziabili hanno mirato a favorire, accompagnare e sostenere, nell'ambito della presa in carico della persona con demenza, la permanenza presso il proprio domicilio della persona, anche attraverso il potenziamento e consolidamento dei servizi specialistici dedicati, con la messa a disposizione di risposte integrative a sostegno della domiciliarità.

Tale azione è stata mossa dalla consapevolezza che la gestione del problema è ancora spesso affrontata in momenti e con "percorsi distinti": come in tutte le patologie cronico-degenerative nelle quali l'approccio farmacologico non è risolutivo nel modificarne la storia naturale, occorre prevedere un insieme articolato ed organico di percorsi assistenziali, secondo una filosofia di gestione integrata della malattia.

Ciò obiettivi si possono così riassumere:

- la diffusione della cultura di un approccio multidisciplinare e quindi olistico della demenza e della persona intesa non più come persona-patologia, ma come persona-sistema prevedendo interventi finalizzati ad aumentare le conoscenze della popolazione e dei familiari, nonché dei professionisti, che possano essere in grado di promuovere la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento più efficace;
- una presa in carico precoce, una forte personalizzazione e una costante revisione del piano di intervento possono consentire il contenimento del disturbo comportamentale e favorire l'assistenza al malato, consentendogli di rimanere nel proprio ambiente;
- una nuova modalità di presa in carico tempestiva dunque, integrata e proattiva dei pazienti affetti da patologia cognitiva, tesa ad intercettare quanto più precocemente possibile i segni relativi all'insorgenza della sindrome di demenza, si propone di costituire modello di riferimento territoriale per i pazienti, i familiari e i caregiver.

I destinatari per l'erogazione di buoni servizio sono persone con una diagnosi di demenza - effettuata dai servizi specialistici competenti - e le loro famiglie, residenti sul territorio della Zona distretto di riferimento del progetto.

Il buono servizio finanzia un intervento globale, in base alle specifiche necessità rilevate per il singolo destinatario, composto da interventi socioassistenziali innovativi, appropriati e efficaci (servizi domiciliari professionali, servizi extra-domiciliari anche di gruppo, servizi semiresidenziali e altre tipologie di servizi tipo Caffè e Atelier Alzheimer, Musei Alzheimer, ecc) per un ammontare totale minimo di 3.000 euro fino alla concorrenza massima di 4.000,00 euro.

### 3.2.3 Le risposte non farmacologiche

A fronte infatti del progressivo aumento del numero di pazienti, della complessità delle loro situazioni clinico-assistenziali e socio-familiari, della costante necessità di semplificazione dell'accesso ai servizi e della riduzione dei connessi disagi al paziente e alla sua famiglia, oltre che della disponibilità di risorse predefinite e limitate, si ritiene necessario definire modalità più appropriate e condivise sul territorio per la gestione della prima fase del percorso, attualmente ancora in parte frammentaria e non sufficientemente coordinata: la fase del sospetto diagnostico, prima verifica diagnostica e invio alla presa in carico specialistica.

L'obiettivo quindi deve essere quello di diversificare l'offerta assistenziale ai pazienti, rendendola più appropriata ai bisogni da loro espressi, attraverso la definizione di un modello organizzativo e funzionale integrato che garantisca l'omogeneità e l'equità dell'assistenza su tutto il territorio regionale.

A tal proposito, particolare attenzione è da porre agli interventi cosiddetti "non farmacologici" o "psicosociali" che coinvolgono non solo le persone con demenza ma anche e soprattutto i familiari, i caregiver e l'intero sistema di cura (ad es. gli operatori dei servizi), anche attraverso l'utilizzo di risorse comunitarie.

Questi interventi spaziano da quelli di area psicologica (ad es. interventi di sostegno al caregiver, counselling ecc.) a quelli più strettamente riabilitativi, come la stimolazione cognitiva o la terapia occupazionale, a quelli relativi a particolari organizzazioni di "servizi" come i Caffè o gli Atelier Alzheimer, a bassa soglia e ad alta capacità di contatto.

L'obiettivo è quello di iniziare a prevedere e a incentivare la diffusione sul territorio di modelli innovativi di cura basati essenzialmente sugli interventi psicosociali che dovrebbero essere proposti fra le possibilità di cura dedicate alla persone con demenza e ai loro caregiver all'interno della rete dei servizi e dei percorsi dedicati, così come previsto anche dal PND.

Tra questi, i Musei toscani per l'Alzheimer, che mettono al centro l'arte e la cultura come risorsa per le persone che affrontano la sfida di vivere con la demenza. Nei musei, con i loro ambienti privi di barriere cognitive, le persone con demenza partecipano attivamente alla vita sociale e culturale.

### 3.2.4 Le nuove opportunità terapeutiche e la diagnosi tempestiva

Sul fronte della ricerca farmacologica, e dunque della futura disponibilità di terapie, si ritiene essenziale lavorare sulla possibilità di intercettare il più precocemente possibile potenziali *converter* a demenza.

Una diagnosi precoce può favorire una selezione di pazienti idonei per le future terapie *disease modifying* attualmente in fase di sperimentazione e validazione e che il mondo medico-scientifico si augura di avere breve disponibili per una platea di pazienti in fase di malattia molto precoce o prodromica.

Infatti promettenti terapie, che vanno a modificare il decorso della malattia di Alzheimer, sono all'orizzonte. Ma queste non saranno per tutti e saranno attuabili solo nelle fasi di esordio della malattia. La possibilità di accedere a queste terapie sarà possibile solo se si potrà effettuare diffusamente una diagnosi precoce.

La diagnosi precoce è quindi la condizione necessaria per l'accesso a queste nuove terapie, ma rappresenta una necessità per tutti i malati in quanto gli interventi, terapeutici e preventivi, attualmente disponibili sono efficaci soprattutto nelle fasi iniziali di malattia.

Diagnosi tempestiva e interventi di prevenzione primaria e secondaria rappresentano ad oggi gli elementi cruciali di un intervento efficace in corso di malattia di Alzheimer e lo saranno anche in futuro.

Per favorire un adeguato e precoce percorso diagnostico, si rende necessaria la creazione di una rete di operatori e di servizi che possano prendere in carico il paziente dalla fase iniziale di screening, fase in cui sono maggiormente coinvolti medicina generale e territoriale, alle fasi diagnostiche di I° livello, svolte nei CDCD (Centri per Disturbi Cognitivi e Demenze), alle fasi di diagnostica specialistica di alto livello in cui entrino in gioco le strutture ospedaliere più specializzate.

## 3.3 Disabilità

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la disabilità quale risultante di una relazione complessa tra le condizioni di salute della persona e i fattori contestuali, ambientali e personali, in una interazione dinamica tra questi elementi che possono modificarsi reciprocamente (approccio bio-psico-sociale). Emerge evidente dunque che, per realizzare la massima autonomia possibile e la piena integrazione sociale, si debba definire un sistema di interventi e servizi flessibili, modulari, diversificati e plurali che possano rispondere in modo efficace alle differenze tra le singole persone, e in modo dinamico alle diverse fasi della vita e ai differenti contesti sociali ed ambientali in cui le persone vivono.

L'inclusione sociale intesa come possibilità di partecipazione alla vita della comunità e come possibilità di vivere con la stessa libertà di scelta di tutti i cittadini, costituiscono un diritto sancito a ogni livello della produzione normativa che interessa le persone con disabilità.

Il cambio di paradigma che oggi ci viene richiesto riguarda non tanto l'affermazione del diritto per tutte le persone con disabilità all'accesso ai servizi, quanto piuttosto il diritto a realizzare un percorso di vita che consenta loro di compiere le proprie scelte sulla base di uguaglianza con tutti gli altri, partecipando con pienezza alla vita sociale.

La prospettiva con cui guardare al mondo delle disabilità richiede dunque alcuni significativi cambiamenti che interessano anche il linguaggio e che possono dare sostanza ai concetti di autonomia, autodeterminazione e indipendenza. Da bisogni a diritti, da appropriatezza a desideri e aspirazioni, da interesse migliore o superiore a volontà e preferenze, da welfare di protezione a welfare di inclusione, sono solo alcune tra le definizioni con cui si esprime la necessità di un vero e proprio capovolgimento culturale.

L'obiettivo prioritario dell'articolato quadro normativo in cui si collocano le politiche di inclusione per le persone con disabilità, ben delineato anche nel disegno di riforma del PNRR e del PNNA 2022-2024, resta la definizione del livello essenziale rappresentato dall'uniformità nell'accesso alle prestazioni attraverso la valutazione multidimensionale della persona e la realizzazione di un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

Il PRNA 2022-2024 persegue dunque l'obiettivo di garantire, in tutti gli ambiti territoriali della Toscana, un percorso omogeneo di presa in carico della persona con disabilità e di progettazione personalizzata, capace cioè di valorizzare la centralità della persona e la sua capacità di autodeterminazione.

### 3.3.1 Il modello di presa in carico della persona con disabilità

Il percorso per la definizione del modello regionale di presa in carico della persona con disabilità, come anche degli strumenti operativi, organizzativi e gestionali, ha rappresentato un'attività proficua ed impegnativa. Attraverso questo lavoro la Regione ha dotato il sistema territoriale dei servizi integrati per le persone con disabilità di indirizzi, linee guida e di specifici strumenti e cassette degli attrezzi univoci ed innovativi, con l'obiettivo di favorire percorsi di presa in carico e di accompagnamento contrassegnati da omogeneità di approccio e di opportunità per la persona, il caregiver e la sua famiglia; un tentativo concreto di tradurre quei principi in tema di contrasto delle disuguaglianze, autodeterminazione, diritto al lavoro, all'accessibilità ed alla piena inclusione sociale che la l. r. 60/2017 ha fissato.

Si è trattato dunque di un lungo e fruttuoso percorso di lavoro e confronto con la comunità di operatori e professionisti del territorio avviato attraverso l'attivazione di specifici tavoli coordinati dalla Regione, all'indomani dell'approvazione della legge e contraddistinto da due tappe fondamentali segnate da altrettanti provvedimenti di Giunta Regionale:

- la DGR 1449/2017, un documento che programma un percorso di lavoro finalizzato alla definizione di un modello regionale di presa in carico della persona con disabilità e del suo Progetto di vita, che si muove dentro la cornice della l. r. 66/2008 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza", che ha a suo tempo delineato i cardini del percorso (Puntinsieme, PUA, UVM, presa in carico). Il documento, frutto del lavoro multiprofessionale con gli enti territoriali competenti e con le associazioni delle persone con disabilità e delle loro famiglie rappresentative a livello regionale, descrive i livelli di governo, le aree di intervento, le fasi operative, le azioni, gli strumenti e i tempi su cui confrontarsi nei tavoli di lavoro con tutti gli attori coinvolti (Aziende USL, Zone distretto e Società della Salute, rappresentanti dell'associazionismo e ANCI);
- la DGR 1642/2019, un provvedimento che conclude la prima fase di lavoro dei tavoli professionali, con la definizione dei livelli organizzativi essenziali del percorso, che costituiscono lo standard minimo che tutti i territori devono garantire alla persona con disabilità: rete dell'accesso, UVMD (composizione e funzioni), case manager, partecipazione della persona, garanzia della continuità assistenziale.

Nel 2021, l'approvazione della DGR 1055, ha segnato il completamento del percorso di presa in carico della persona con disabilità (come definito dalle richiamate deliberazioni 1449/2017 e 1642/2019), approvando strumenti, procedure e metodologie correlate e finalizzate a supportare l'attività dei servizi e a promuovere l'integrazione professionale, organizzativa e intersettoriale.

### **Il sistema dell'accesso**

Il percorso di presa in carico della persona con disabilità è dedicato alle persone con non autosufficienza non determinata dal naturale invecchiamento, che presentano bisogni complessi e necessitano di una risposta sociosanitaria e multiprofessionale.

L'obiettivo condiviso è definire un sistema che garantisca accesso unitario e universalistico, modalità uniformi di accoglienza della segnalazione del bisogno, riconoscibilità dei presidi dell'accesso, semplificazione delle procedure.

La DGR 1449/2017 prevede e definisce un sistema a rete i cui nodi principali sono:

- gli sportelli di front-office, il cosiddetto accesso diretto del cittadino presso presidi identificati (Puntinsieme e Segretariato Sociale);
- modalità integrate per il cosiddetto accesso indiretto, a seguito di segnalazione di altri soggetti/ servizi del sistema che hanno in carico la persona per altri bisogni;
- il PUA (back-office), che rappresenta il punto di raccordo tra l'accesso e la fase di valutazione del bisogno.

Si tratta di un sistema unico, coordinato e integrato in una logica di rete, di continuità e di appropriatezza, nonché fondato, già dalla fase di primo accesso, su un approccio progettuale e non meramente prestazionale.

Il sistema a rete dell'accesso al percorso di presa in carico della persona con disabilità è coordinato dal PUA, costituito a livello di Zona distretto /SdS.

Il PUA, che non è necessariamente un luogo fisico o un presidio del sistema, ma è una funzione, rappresenta il nodo di collegamento di tutti i presidi e i soggetti che accolgono la domanda del cittadino, sia in forma diretta che indiretta.

Il PUA ha funzioni di coordinamento operativo, tecnico-amministrativo e organizzativo, attraverso un idoneo sistema informativo. In particolare:

- riceve, con modalità informatizzate, la cartella personale dalla rete dell'accesso diretto;
- riceve, con modalità informatizzate, la segnalazione dei casi da parte della rete dell'accesso indiretto e provvede, ove non presente, all'apertura della cartella personale;
- predisporre le cartelle personali dei casi da valutare in UVMD e ne verifica la completezza;
- supporta il funzionamento del team di transizione;
- gestisce l'elaborazione dei dati di attività (anche ai fini dei debiti informativi nei confronti di SdS, Azienda Sanitaria, Regione, Ministero);
- supporta gli operatori dei Puntinsieme al fine di assicurare modalità di accoglienza e informazioni adeguate e omogenee.

L'accesso al sistema sociale e sociosanitario e l'avvio della presa in carico del cittadino che esprime un bisogno è stato ridefinito attraverso la DGR 1508/2022 che ha approvato "La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del DM 77/2022.

Nel triennio di vigenza del PRNA si prevede pertanto di dare attuazione alle disposizioni del suddetto provvedimento, procedendo a riorganizzare, all'interno delle Case di Comunità, i servizi di accesso (diretto e indiretto) ad oggi presenti sul territorio regionale (PUA, Sportelli Punto Insieme e Segretariato sociale), per un accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari.

Il PUA, così inteso, svolgerà funzioni di front-office e back-office, orientando e informando il cittadino, avviando la presa in carico e segnalando i casi all'UVMD, monitorando e accompagnando le situazioni di fragilità.

### **La partecipazione della persona**

Il fattore di cambiamento culturale e di approccio metodologico nell'attività di valutazione dei bisogni e delle aspettative della persona con disabilità è senza dubbio rappresentato dal ruolo attivo, da protagonista, che deve essere riservato alla persona, a chi la rappresenta legalmente e alla famiglia.

Questo principio è espresso chiaramente nella legge delega in materia di disabilità (L. 227/2021) laddove all'articolo 2, lettera c, punto 4, si prevede "che la valutazione multidimensionale assicuri, sulla base di un approccio multidisciplinare e con la partecipazione della persona con disabilità e di chi la rappresenta, l'elaborazione di un progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato".

La partecipazione della persona è posta dunque a fondamento del processo multidimensionale e multidisciplinare che porta alla definizione del Progetto di vita e come tale introduce conseguenze inedite e tangibili nella vita della persona con disabilità e anche in quella dei suoi familiari e, d'altro canto, anche nell'organizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari.

Il modello di welfare che scaturisce da tale assunto riconosce che tutte le persone con disabilità hanno diritto ad esprimere la loro visione della vita, le loro aspirazioni e desideri, portando in condivisione il loro punto di vista. Va da sé che il processo di progettazione multidimensionale intorno alla persona con disabilità dovrà concretamente tenere presenti gli strumenti a disposizione, le risorse, le tempistiche, ma ciò non elude il principio per il quale la stessa persona, a prescindere dal livello di bisogno espresso o di limitazione di cui sia portatrice, deve poter essere coinvolta in tutte le fasi del percorso e possa far emergere il proprio punto di vista, determinante per la redazione del suo progetto di vita.

E' appena il caso di sottolineare come questo aspetto non necessiti dell'emanazione dei decreti attuativi poiché è già presente nel nostro ordinamento almeno dall'approvazione della L. 18/2009 con cui il Parlamento italiano ha autorizzato la ratifica della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità e del relativo protocollo opzionale sottoscritto dall'Italia il 30 marzo 2007.

### **La valutazione multidimensionale e il profilo di funzionamento**

La valutazione multidimensionale del bisogno rappresenta l'attività attraverso cui è assicurata l'integrazione degli interventi di presa in carico e di progettazione personalizzata, nonché la definizione del profilo di funzionamento della persona, necessario alla predisposizione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato.

La valutazione multidimensionale è compito dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare della persona con Disabilità - UVMD - costituita in ogni zona-distretto e composta dalle seguenti figure professionali stabili e dedicate:

- a) medico di comunità
- b) assistente sociale
- c) amministrativo di supporto.

Il gruppo stabile è integrato, sia nella fase istruttoria della valutazione, che nella fase di redazione del profilo di funzionamento e del progetto di vita, da professionisti e specialisti individuati tra quelli di riferimento della persona o in funzione del bisogno prevalente.

Sono tre le principali novità relative alle funzioni attribuite alla UVMD. La valutazione infatti, seppur concentrata sull'osservazione, indagine e rilevazione dei bisogni della persona, pone doverosamente la sua attenzione anche alle aspettative e ai desideri di questa e lo fa con uno strumento definito dai professionisti e approvato all'interno del set di strumenti e procedure a supporto delle equipe, che è il "questionario delle opportunità e della qualità di vita della persona con disabilità".

Attraverso questa semplice scheda si dà voce alla persona e si sposta, sulla base dei risultati del questionario, l'ago della bilancia dalle priorità di intervento valutate dai professionisti a quelle che sono invece le priorità per la persona, alla ricerca di un costante equilibrio che non trascuri le une e le altre.

La seconda novità è rappresentata dallo strumento di valutazione dei bisogni della persona relativamente alle aree di vita di ambito sociale della persona.

Lo strumento, composto di due sezioni, permette di rilevare da un lato le capacità della persona, dall'altro il funzionamento e le possibilità di cambiamento del contesto ambientale e relazionale, sul quale definire poi un'ipotesi di intervento finalizzata a modificare la condizione di salute della persona, frutto della interazione di questi due fattori. Anche questo strumento a supporto dei professionisti è stato definito, come tutti gli altri, da essi stessi e attraverso un confronto interprofessionale che ha generato saperi e partecipazione.

La terza importante novità, che si colloca tra il momento valutativo vero e proprio e la definizione del Progetto di vita, è la definizione del Profilo di funzionamento.

La procedura per la sua determinazione ha il presupposto necessario nel lavoro di equipe, nel confronto interprofessionale e nell'integrazione dei risultati dei diversi ambiti valutativi. Sono 14 le dimensioni vagliate per comporre il profilo di funzionamento e che offrono una visione della persona non più centrata sui bisogni e sulle disabilità ma sulle sue capacità e performance, in nome della visione della disabilità definita dall'OMS e dalla quale siamo partiti: la risultante di una relazione complessa tra la persona e i fattori contestuali.

Obiettivo del Profilo di funzionamento è quello di definire un Progetto di vita quanto più appropriato e rispondente ai bisogni, alle aspettative e ai desideri della persona: la procedura costruita in tal senso, permette di individuare quali sono le priorità sulle quali intervenire, monitorando nel tempo anche l'efficacia degli interventi intrapresi, identificando 6 aree di vita:

- Salute
- Autonomia personale
- Abitare e cura dell'ambiente
- Socialità e affettività
- Educazione e istruzione
- Formazione e lavoro.

### **Il Progetto di vita e il Budget di salute**

Il modello toscano di presa in carico della persona con disabilità trova il suo riferimento centrale nel Progetto di vita. Esso rappresenta il documento che, a partire dal profilo di funzionamento della persona, dai bisogni e dalle legittime aspettative e desideri, e nel rispetto della propria autonomia e capacità di autodeterminazione, individua il ventaglio di possibilità, servizi, supporti e sostegni, formali (istituzionali) e informali, che possono permettere alla persona di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare le sue potenzialità, di poter partecipare alla vita sociale, di avere, laddove possibile, una vita indipendente e poter vivere in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri.

La definizione del Progetto di vita scaturisce dalla previsione contenuta nella l.r. 60/2017 "Disposizioni generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità" e rappresenta un approccio metodologico innovativo che riunifica in un unico percorso obiettivi e risposte sanitarie, sociali, previdenziali, formative e lavorative, ambientali e relazionali, di cui la persona ha bisogno per realizzare la propria autonomia, autodeterminazione e vita indipendente.

In esso devono confluire programmi e progetti individualizzati e personalizzati di cui sono titolari enti e soggetti diversi (PAP, PEI, PARC, PRI, ecc), sotto la regia di un unico soggetto, l'Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità (UVMD), e il coordinamento organizzativo del Punto Unico di Accesso (PUA) per quanto attiene le sue funzioni di back office. Le scommesse di cambiamento connaturate alla visione del Progetto di vita trovano lo strumento operativo necessario nel Budget di salute, concepito come una indispensabile cassetta degli attrezzi che consente di combinare e impiegare tutte le risorse disponibili, anche proprie, della persona e della famiglia, in stretta correlazione con le reti formali e informali del territorio.

Il Budget di salute è lo strumento che mira a ricomporre le risorse strumentali, professionali, umane ed economiche, sia pubbliche che private, per la realizzazione del Progetto di vita per la persona con disabilità.

Il Budget di salute rappresenta:

- un nuovo strumento organizzativo e gestionale nella definizione e nell'implementazione dei progetti personalizzati per le persone con disabilità;
- lo strumento attraverso il quale conoscere e coordinare i percorsi e servizi attivati intorno alla persona dai molteplici soggetti pubblici e privati coinvolti, compresi quelli scolastici, lavorativi e relativi al tempo libero e all'inclusione sociale e relazionale, anche al fine di evitare sovrapposizioni e dispersione di risorse;
- un metodo per capacitare la persona al raggiungimento di un funzionamento sociale soddisfacente;
- un approccio inclusivo che tende alla partecipazione responsabile delle risorse della persona con disabilità e della sua famiglia, nonché della società civile.

Per trovare piena applicazione il Budget di salute, in funzione della costruzione del Progetto di vita, necessita di due elementi che sono condizione fondamentale:

- la piena integrazione dei servizi, fra tutti quelli sociali e sanitari, strettamente correlati e reciprocamente dipendenti;
- l'attivazione, oltre che dei soggetti istituzionali, della comunità nel suo complesso, ovvero di tutti quei micro e macro sistemi auto-organizzati (associazioni, comitati di quartiere, organizzazioni di promozione sociale, cooperative ecc.) che fanno parte del contesto della persona.

In definitiva la combinazione del Progetto di vita e del Budget di salute, proposta dai provvedimenti di indirizzo regionali già citati nella descrizione del modello di presa in carico, scandisce il percorso dinamico, flessibile e partecipato che coinvolge i cicli di vita della persona con disabilità, costruendo di volta in volta risposte articolate, dinamiche e partecipate intorno a servizi, sostegni, opportunità da dispiegare per assicurare benessere e integrazione nonché accrescimento delle potenzialità e consolidamento delle autonomie.

Tutti gli ambiti, già nel corso di triennio precedente, hanno avuto modo di confrontarsi, scambiare buone pratiche ed esercitarsi all'interno di una Comunità di pratica, coordinata da Anci Toscana-Federsanità, costituita per testare lo strumento del Budget di salute sui casi già in carico ai servizi per il Dopo di Noi.

Ogni percorso individualizzato e personalizzato, sia esso di cura, di supporto all'autonomia, di Vita indipendente o per il Dopo di Noi, non può prescindere dalla presa in carico della persona da parte dei servizi, dalla valutazione del bisogno e dalla definizione del Profilo di funzionamento e del Progetto di vita nel quale il percorso stesso è determinato in termini di attori, azioni, risorse, tempi e modalità di monitoraggio e valutazione.

### 3.3.2 Il sostegno alla domiciliarità e all'autonomia della persona

L'obiettivo prioritario del sistema sociosanitario toscano è mantenere le persone al proprio domicilio, sostenendo percorsi di assistenza, di sviluppo e rafforzamento delle autonomie, di realizzazione di una vita indipendente e autodeterminata, laddove possibile.

La Giunta Regionale, dedicando risorse proprie e nazionali, finanzia un ventaglio di interventi integrativi e aggiuntivi rispetto a quanto già previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza e che si configurano in termini di sostegno ai percorsi domiciliari, attraverso azioni diversificate ma aventi tutte il medesimo obiettivo: evitare o comunque differire il più possibile l'istituzionalizzazione, permettendo anzi, laddove ve ne siano i presupposti, percorsi gradualmente deistituzionalizzazione.

### 3.3.3 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima

Se il punto di arrivo del percorso che si avvia con questo Piano è la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, da assicurare nei limiti delle risorse disponibili, gli interventi e le prestazioni previste a valere sul FNA per le persone con disabilità gravissima hanno un ruolo fondamentale nel sostegno dei percorsi domiciliari, non fosse altro per il cospicuo quantitativo di risorse destinate, che ha permesso a tante persone con disabilità gravissima di poter permanere al proprio domicilio e migliorare la qualità della propria vita, tramite il supporto di un assistente personale per le necessarie attività quotidiane.

Il ruolo centrale e di governo è ancora una volta affidato alle equipe, UVM e UVMD, a garanzia di una presa in carico della persona nella quale il contributo a valere sul fondo per le disabilità gravissime è il risultato finale di un percorso che parte dalla valutazione dei bisogni e giunge alla definizione di un Progetto di vita.

Come indicato anche dal dettato dei decreti nazionali, già a partire dal DM del settembre 2016 che ha introdotto la definizione di disabilità gravissime, gli interventi a valere sul fondo nazionale non sono sostitutivi o compensativi, ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari, assicurati dai LEA e le spese ammissibili sono esclusivamente quelle a copertura dei costi di rilevanza sociale e sono diretti alla attivazione dei seguenti servizi e prestazioni:

- contributo economico finalizzato all'assunzione di un assistente personale o all'acquisto di servizi e prestazioni;
- assistenza domiciliare diretta, in termini di ore di assistenza alla persona e supporto alla famiglia, erogate dal servizio pubblico;
- ricoveri di sollievo in strutture socio-sanitarie, nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare.

Fin dall'attivazione di questi servizi a supporto delle persone con disabilità gravissima, già nel 2009 in particolare per quanto riguarda le persone affette da SLA, larga parte della risposta è stata dedicata all'erogazione di un contributo economico mensile previa attivazione di un contratto di lavoro con uno o più assistenti personali. Il contributo va da un minimo di 900 a un massimo di 1.200,00 euro mensili, in relazione al livello di complessità assistenziale e il suo ammontare è stabilito in sede di valutazione dalla UVMD e può essere modulato in presenza di altre tipologie di servizi e prestazioni previste nel progetto di vita (es. frequenza di un centro diurno), ma anche sulla base delle risorse complessive disponibili per tale tipologia di intervento. La soglia di reddito per l'ammissibilità al contributo economico è un valore ISEE per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria non superiore a 60.000 euro. Gli eventuali criteri di priorità per l'accesso al contributo sono valutati, caso per caso, dalle UVMD sulla base di una valutazione multidimensionale della condizione di bisogno della persona. Per quanto attiene specificatamente le persone affette da SLA o malattie dei motoneuroni, per le quali è possibile prevedere un percorso assistenziale domiciliare, il contributo è pari a 1.650 euro mensili ed è destinato anch'esso a sostenere la spesa per uno o più assistenti personali, con regolare contratto di lavoro.

### 3.3.4 I sostegni alla Vita indipendente

L'articolo 19 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata il 13 dicembre del 2006 e ratificata con L. 18/2009, titola "Vita indipendente e inclusione nella società" e definisce la vita indipendente non come erogazione di un mero contributo economico, quanto piuttosto come il diritto di vivere nella società con la stessa libertà di scelta delle altre persone, al fine di favorire l'integrazione e la partecipazione. Le persone con disabilità devono poter scegliere, su base di uguaglianza con gli altri, il proprio luogo di residenza, dove e con chi vivere; devono avere accesso ad una serie di servizi a domicilio o residenziali e ad altri servizi sociali di sostegno, compresa l'assistenza personale necessaria per consentire loro di vivere nella società e di inserirsi impedendo l'isolamento e la segregazione.

Regione Toscana sostiene i percorsi di autodeterminazione della persona con disabilità grave fin dal 2004, con l'avvio di una sperimentazione su 5 Zone distretto del territorio e con la destinazione di risorse proprie, in assenza di finanziamenti nazionali.

Nel 2009 il progetto passa alla fase pilota su tutto il territorio, in linea con quanto dettato all'art. 1 comma 3, lettera c della l.r. 66/2008 di istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza che, tra le finalità del fondo, inserisce i percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità.

La fase pilota prosegue per tutto il 2011, per poi passare a regime nel 2012, con l'approvazione dell'Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di vita indipendente. Di pari passo anche le risorse sono via via incrementate, fino a raggiungere nel corso del 2020 la disponibilità di 13 mln di euro che annualmente la Giunta Regionale mette a disposizione delle progettualità di Vita indipendente.

I destinatari del progetto sono le persone con disabilità con capacità di esprimere direttamente, o attraverso un amministratore di sostegno, la propria volontà, di maggiore età e in possesso della certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della legge 104/1992, che intendono realizzare il proprio progetto di vita individuale attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane, compreso l'esercizio delle responsabilità genitoriali e i percorsi lavorativi o di formazione e istruzione.

Di pari passo al percorso di Vita indipendente finanziato con le risorse regionali, va l'intervento per l'Indipendenza e l'Autonomia, denominato In-Aut, a valere sulle risorse del Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza destinato alle progettualità di Vita indipendente.

La Giunta Regionale Toscana, in attuazione di quanto previsto nel PNNA 2019-2021, nel giugno del 2020 ha approvato la delibera 814, modificata dalla DGR 1178/2020 che ha definito l'intervento denominato "In-Aut - Intervento per l'indipendenza e l'autonomia".

Le risorse nazionali messe a disposizione per la Vita indipendente all'interno del Piano nazionale rappresentano un finanziamento che va in continuità rispetto alle annualità precedenti: dal 2013 al 2018, il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha infatti effettuato una chiamata ai progetti degli ambiti territoriali, per il tramite delle Regioni, sulla base di Linee guida e di Bandi pubblicati annualmente, che hanno regolato l'utilizzo di tali risorse dedicate alla Vita indipendente. In generale si è trattato di risorse che non hanno quasi mai superato il milione di euro, ma che hanno comunque permesso di esplorare nuovi modelli e azioni per favorire la vita indipendente.

I progetti che la Regione ha proposto al Ministero per la sperimentazione, hanno previsto dunque un'integrazione all'assistenza personale con le necessità della persona con disabilità, legate soprattutto ai percorsi di sviluppo delle autonomie in funzione dell'abitare in modo indipendente dalla famiglia di origine (housing e co-housing), al trasporto e alla mobilità, anche in relazione al godimento del tempo libero, nonché all'accesso a percorsi di inclusione sociale e relazionale e all'acquisto di strumentazione domotica.

L'intervento In-Aut, in continuità e ad integrazione dei percorsi di vita indipendente finanziati con il fondo regionale, è attuato attraverso la pubblicazione annuale di bandi territoriali in tutte le 28 zone distretto e SdS, per la presentazione dei progetti di vita indipendente redatti direttamente dalle persone con disabilità. La Regione Toscana ha messo a disposizione dei territori il fac-simile di avviso/bando pubblico e il fac-simile di modulo di presentazione del progetto di vita indipendente da parte della persona.

Il bando è presentato dalla Società della Salute o Zona distretto il 15 settembre di ogni anno e le persone con disabilità residenti nell'ambito di riferimento possono presentare domanda.

Il progetto definito dalla persona può essere finanziato su ciascun bando per un periodo di 12 mesi e deve essere finalizzato al conseguimento di determinati obiettivi: sostegno a percorso universitario o formativo, percorsi di start up lavorative o sostegno al lavoro dipendente, supporto all'abitare in autonomia o alla deistituzionalizzazione, supporto alla genitorialità e alla vita domiciliare, allo sport o al tempo libero.

Il progetto è valutato dalla UVMD di ciascuna Zona distretto o SdS, affinché sia garantito il governo della presa in carico, al di là della assegnazione del contributo.

Il contributo può finanziare interventi per un ammontare mensile massimo di 1.800 euro, per il sostegno delle spese per l'assistente personale, spese di vitto, alloggio, affitto e utenze per l'housing o il cohousing, spese di trasporto laddove necessario alla realizzazione delle attività connesse al progetto stesso.

La persona che ha avuto il proprio progetto finanziato per una annualità può presentare domanda anche sui successivi bandi; a sostegno della continuità del finanziamento è previsto un punteggiaggio aggiuntivo a queste progettualità.

In-Aut rientra nella cornice progettuale di GiovaniSI, il progetto della Regione Toscana per l'autonomia dei giovani, poiché si rivolge prioritariamente agli under 40 e poiché gli obiettivi sono compatibili con le finalità dell'intervento.

Nel corso del triennio 2022-2024 l'obiettivo è il consolidamento di questo intervento, che permette altresì di rispondere alla necessità di un sostegno economico, seppur temporaneo, anche per coloro che sono utilmente collocati nelle liste di attesa per le progettualità di Vita indipendente a valere sul fondo regionale.

Resta rilevante la messa a sistema di tali percorsi, con risorse certe e una presa in carico della persona che vada al di là del proprio progetto di vita indipendente e permetta di avere garanzia e certezza di risposte appropriate ai propri bisogni e alle proprie aspettative e desideri.

### 3.3.5 Il supporto ai familiari e al caregiver

La L. 205/2017 cosiddetta legge di bilancio 2018, ha introdotto e istituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri il Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare a partire dal triennio 2018-2020. Le risorse arrivano per la prima volta alle Regioni nel 2021 con il DM del 27 ottobre 2020. Sebbene insufficienti a soddisfare l'enorme platea dei potenziali beneficiari, si tratta comunque di una grossa novità che è stata accolta positivamente nel panorama dei sostegni messi in campo per mantenere la persona presso il proprio domicilio. Gli interventi sono infatti completamente dedicati ai caregiver di chi assiste persone con disabilità gravissima, a quelli che assistono persone che avrebbero dovuto avviare un percorso di residenzialità ostacolato dalla pandemia e ai caregiver di persone per le quali è possibile programmare e avviare un percorso di deistituzionalizzazione.

La Giunta Regionale Toscana, con la DGR 212/2021 recepisce il dettato normativo nazionale nelle proprie Linee di indirizzo per la gestione del Fondo e mette a disposizione delle Zone distretto e Società della Salute le risorse che, da qui in poi, annualmente, sono destinate ai caregiver, individuando gli stessi secondo la definizione contenuta nella medesima L. 205/2017: *"Si definisce caregiver familiare la persona che assiste e si prende cura del coniuge, dell'altra parte dell'unione civile tra persone dello stesso sesso o del convivente di fatto ai sensi della legge 20 maggio 2016, n. 76, di un familiare o di un affine entro il secondo grado, ovvero, nei soli casi indicati dall'articolo 33, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di un familiare entro il terzo grado che, a causa di malattia, infermità o disabilità, anche croniche o degenerative, non sia autosufficiente e in grado di prendersi cura di sé, sia riconosciuto invalido in quanto bisognoso di assistenza globale e continua di lunga durata ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, o sia titolare di indennità di accompagnamento ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18"*.

Il documento è stato condiviso con ANCI e con i Coordinamenti e le Federazioni delle persone con disabilità e delle loro famiglie, nonché con tutte le Zone distretto e Società della Salute.

Alla DGR 212/2021 seguono le delibere 717/2022 e 78/2023 per un totale di risorse messe a disposizione degli ambiti, ad oggi, pari complessivamente a 8.122.599,23 euro da destinare a contributi mensili pari a 400 euro a sostegno del lavoro di cura dei caregiver familiari di persone con disabilità gravissima o non autosufficienza, prese in carico dai servizi e che rientrano nel target stabilito dal livello nazionale.

Come per ogni altra tipologia di sostegno, la UVM o la UVMD prende in carico la persona e il suo caregiver e ne valuta i bisogni, definendo un progetto di assistenza (Progetto di vita per le persone con disabilità), che può prevedere anche il contributo per il sostegno al caregiver, come anche altri supporti, prestazioni o contributi alla persona con disabilità o non autosufficiente.

Oltre al supporto economico è stato attivato un servizio di supporto psicologico telefonico dedicato ai caregiver, tramite il Centro di ascolto regionale. Il servizio ha la finalità di prevenire le conseguenze del burn-out del caregiver di persone con disabilità e non autosufficienti e contrastare le possibili condizioni di isolamento che sovente si verificano nei contesti familiari; offre gratuitamente uno spazio di ascolto e consulenza psicologica, ma anche informazioni e orientamento nell'ambito dei servizi messi a disposizione del territorio. Il fine è quello di sviluppare empowerment in ottica di comunità, valorizzando le risorse del territorio a supporto dei caregiver familiari e contribuire a dare alla persona e al sistema, in senso più ampio, un'integrazione efficace a livello territoriale tra cittadino, servizi e associazioni.

Nel 2022, anno di messa a regime del servizio stesso, numerosi sono stati i contatti per supporto psicologico (circa 125), ma ancor di più quelli di orientamento verso servizi territoriali e/o servizi dell'associazionismo e Terzo settore (circa 250), segno forse ancora una volta che l'informazione e la comunicazione sono leve fondamentali per favorire l'accesso universalistico. Sono stati infine più di 100 i percorsi di supporto psicologico attivati e realizzati dagli psicologi del Centro regionale, la larga parte dei quali verso caregiver di persone con una diagnosi di demenza.

Nel corso del prossimo triennio l'obiettivo, potendo contare in modo continuativo e auspicabilmente incrementale, sulle risorse nazionali, è quello di inserire stabilmente le iniziative e gli interventi a supporto dei caregiver di persone con disabilità e non autosufficienza all'interno del paniere di possibili risposte che le UVM e UVMD hanno a disposizione nella definizione del Progetto individuale e di vita della persona.

### 3.3.6 Il Programma Dopo di Noi

La L. 112/2016 meglio nota come legge sul Dopo di Noi, rappresenta il provvedimento legislativo che ha introdotto un finanziamento specifico per sostenere misure volte a garantire all'interno del progetto di vita per le persone con disabilità grave, interventi finalizzati all'empowerment delle competenze e all'accrescimento delle autonomie al fine di creare le condizioni per una vita fuori dal nucleo familiare di origine senza ricorrere ai processi di istituzionalizzazione, nel rispetto dei principi sanciti dalla Convenzione ONU.

La legge, per perseguire i propri obiettivi, sostiene, da un lato agevolazioni fiscali e la costituzione di trust, vincoli di destinazione e fondi speciali, dall'altro la realizzazione di percorsi di inclusione mirati alla costruzione di progetti di vita indipendente anche attraverso il ricorso a soluzioni alloggiative che possano riprodurre contesti e relazioni di tipo familiare.

L'emanazione della legge 112/2016 si è innestata in Regione Toscana su un terreno già fertile in cui gli obiettivi di soluzioni alternative all'inserimento in residenze sanitarie di persone con disabilità e della costruzione di percorsi per la vita indipendente erano già perseguiti con esperienze sperimentali di cooperazione sociale e di fondazioni di partecipazione.

Con la DGR 753/2017 ha preso avvio una fase programmatica che ha recepito gli elementi di novità della legge nazionale e del correlato DM del 23 novembre 2016, ponendo le basi amministrative ed operative per lo sviluppo di programmi territoriali.

Le previsioni nazionali rappresentano la matrice su cui i percorsi per il Durante e Dopo di Noi si sono sviluppati e consolidati nel tempo, assicurando quindi:

- percorsi per l'accompagnamento all'uscita dal nucleo familiare di origine e per la deistituzionalizzazione (ambito A);
- interventi di supporto alla domiciliarità in soluzioni alloggiative con caratteristiche simili al contesto familiare (ambito B);
- programmi di accrescimento della consapevolezza e dello sviluppo delle competenze, per favorire l'autonomia ed una migliore gestione della vita quotidiana, anche attraverso tirocini per l'inclusione sociale (ambito C).

In Regione Toscana si è scelto di non utilizzare neppure in via residuale, come invece previsto dalla legge 112/2016, le risorse a valere sul fondo per soluzioni di sollievo temporaneo attraverso il ricovero in strutture con caratteristiche

non riconducibili a quelle delle soluzioni residenziali per il Dopo di Noi, impiegando piuttosto per tali finalità i fondi nazionali e regionali dedicati alla non autosufficienza.

Uno dei pilastri su cui il modello del Dopo di Noi toscano ha trovato fondamento è rappresentato dal coinvolgimento, a fianco delle amministrazioni pubbliche, degli enti del Terzo settore e del privato sociale.

Le progettualità territoriali sviluppate sono il risultato di un percorso di partenariato tra soggetti pubblici e privati chiamati a collaborare per la valorizzazione delle rispettive competenze e delle risorse, in un'ottica di costruzione di una rete territoriale, riflesso delle peculiarità di quella specifica zona, secondo dunque una visione di welfare mix che orienti l'ente pubblico e gli enti del Terzo settore e del privato sociale verso il perseguimento di finalità solidaristiche.

Il principale risultato che si è ottenuto con questo modello è la creazione di una rete diffusa di soluzioni per l'abitare che esprimono, sia nelle tipologie deputate al training all'autonomia che negli appartamenti in cui si realizzano esperienze di medio e lungo periodo di accoglienza, l'essenza stessa del Durante e Dopo di Noi.

Gli anni di vigenza del PRNA 2022-2024 sono un'opportunità importante per limare le criticità e continuare a lavorare per promuovere, proteggere e garantire il pieno ed uguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, sulla base del principio di uguaglianza con gli altri.

Si intende quindi mantenere il processo di coprogrammazione e coprogettazione al centro del programma Dopo di Noi, nella convinzione che rappresenti uno strumento in grado di determinare cambiamenti all'interno del sistema di relazioni e servizi consolidato poiché si tratta di un contesto di lavoro condiviso, in cui tutti, nel rispetto dei propri ruoli, sono chiamati a decidere, agire e partecipare attivamente e corresponsabilmente, anche in termini materiali, alla corretta attuazione di questi interventi, consentendo di offrire un portfolio di servizi e attività, differenziate e differenziabili che si possano innestare coerentemente all'interno dei progetti di vita dei beneficiari.

La sfida del posizionamento inedito da parte di tutti i soggetti in gioco è foriera di inclusione, di costruzione di reti nelle quali possono e devono

emergere risorse nuove, anche - ma non solo - economiche, nella logica del welfare di comunità caratterizzato da un marcato radicamento sul territorio e dalla costruzione e accrescimento di rapporti di fiducia e collaborazione tra enti, organizzazioni e altri soggetti impegnati in ambiti di interesse sociale e votati alla promozione ed alla difesa dei diritti delle persone con disabilità.

Altro fronte di impegno per la Regione è rappresentato dalle previsioni del PNRR che, attraverso l'Investimento 1.2 -Percorsi di autonomia per persone con disabilità - della Missione 5, ha posto l'obiettivo dell' accelerazione del processo di de-istituzionalizzazione delle persone con disabilità al fine di migliorare la loro autonomia e offrire opportunità di accesso nel mondo del lavoro, anche attraverso la tecnologia informatica.

Questa misura, che si pone in contiguità con quanto già previsto e finanziato con il fondo per il Dopo di Noi e col fondo nazionale per la non autosufficienza, mira - sia attraverso l'espansione su tutto il territorio nazionale del percorso già individuato con i progetti per il Dopo di Noi, sia attraverso il sostegno all'accesso delle persone con disabilità nel mercato del lavoro - a perseguire una sempre maggiore autonomia personale e sociale al fine di rendere sempre più concreti i diritti sanciti dalla Convenzione delle nazioni Unite e dalla Costituzione.

E' dunque più che mai necessario promuovere e sostenere all'interno delle Società della Salute e Zone distretto una visione non a sé stante dei diversi percorsi, quanto piuttosto una visione olistica e mutuamente complementare ed integrativa dei diversi percorsi e filoni di finanziamento disponibili; in tal modo il progetto di vita potrà essere più completo e prevedere anche l'ambito lavorativo al fianco di tutti gli altri interventi sociali e socio-sanitari e, grazie al programma Dopo di Noi, potrà includere attività di sostegno e preparazione all'autonomia e di costruzione di setting di relazioni e di vita inediti ed alternativi all'istituzionalizzazione.

Si prosegue infine nelle azioni di supporto che possano favorire la completa diffusione del modello di approccio del Dopo di Noi, come il costante monitoraggio regionale e territoriale delle attività; quest'ultimo in particolare si configura come un'occasione per verificare con regolarità gli interventi operativi, rivalutare le situazioni, apportare i necessari correttivi e far evolvere gli interventi verso risultati tangibili, in grado di incidere sulla qualità della vita delle famiglie e delle persone. Centrale resta comunque anche il periodico monitoraggio del Progetto di vita individuale che le UVMD sono tenute a fare sui singoli progetti personalizzati.

## CAPITOLO 4 Le azioni innovative

### 4.1 Il consolidamento e la capacitazione degli ambiti territoriali

Il PNNA 2022-2024 si fonda su un criterio di universalità e di prossimità alle persone e alle comunità territoriali, favorendo, con la necessaria progressività, il consolidamento dei LEPS su tutto il territorio nazionale e il percorso di integrazione tra i sistemi sociale e sanitario. Di conseguenza, un'intera strategia di intervento è dedicata all'attuazione di un LEPS integrato di processo, da un lato, per garantire la costituzione di sistemi di servizi integrati negli ambiti territoriali secondo il quadro complesso dei bisogni espressi dagli individui e dalle comunità e, dall'altro, per sviluppare e consolidare il necessario percorso assistenziale integrato.

Il rafforzamento degli ambiti territoriali si basa sulla messa a disposizione di una quota del Fondo nazionale per la non autosufficienza assegnata al reclutamento di operatori delle professionalità sociali, dedicati alla tenuta del sistema dei servizi per la non autosufficienza e la disabilità.

Il disposto del comma 163 della L. 234/2021 "Bilancio di Previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per triennio 2022-2024", è teso a garantire alle persone in condizione di non autosufficienza

(con disabilità e anziane) la fruizione di adeguati servizi sociali e sociosanitari attraverso la valutazione effettuata nei PUA dalle équipes ivi operanti, composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente. A tal fine si provvede con un significativo rafforzamento delle professionalità necessarie al raggiungimento dei LEPS.

Il personale assunto, anche ai sensi dell'art. 21, comma 2, del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA), garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

Ad ogni ambito saranno garantite le risorse per l'assunzione a tempo indeterminato di almeno due assistenti sociali.

Le risorse assegnate a Regione Toscana per il primo anno di vigenza del piano sono pari a 1.400.000 euro e permetteranno l'assunzione di 35 unità di personale. Dal secondo anno le risorse a disposizione saranno pari a 2.520.000 euro e permetteranno l'assunzione a tempo indeterminato di ulteriori 28 unità di personale, portando così, a regime, a n. 63 unità di personale così distribuito:

Ambito territoriale	Forma di gestione	N. persone assegnate al primo anno	N. persone assegnate dal secondo anno
Lunigiana	Società della Salute	1	2
Apuane	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Valle del Serchio	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Piana di Lucca	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Alta Val di Cecina Valdera	Società della Salute	1	2
Pisana	Società della Salute	2	3
Bassa Val di Cecina Val di Cornia	Società della Salute	1	2
Livornese	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Elba	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Versilia	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Pistoiese	Società della Salute	1	2
Val di Nievole	Società della Salute	1	2
Pratese	Società della Salute	2	3
Firenze	Società della Salute	2	3
Florentina Nord-Ovest	Società della Salute	2	3
Florentina Sud-Est	Società della Salute	2	3
Mugello	Società della Salute	1	2
Empolese Valdarno Inferiore	Società della Salute	2	3
Alta Val d'Elsa	Società della Salute	1	2
Amiata Senese Val d'Orcia Val di Chiana Senese	Società della Salute	1	2
Senese	Società della Salute	1	2
Val di Chiana Aretina	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Aretina	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Casentino	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Valtiberina	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Valdarno	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Colline dell'Albegna	Convenzione socio-sanitaria	1	2
Amiata Grossetana Colline Metallifere Grossetana	Convenzione socio-sanitaria	2	3
<b>TOTALE REGIONALE</b>		<b>35</b>	<b>63</b>

L'assunzione del personale sarà effettuata dalle Società della Salute, laddove costituite, e dall'Azienda USL territorialmente competente per le Zone distretto dove non è presente la Società della Salute, con obbligo di assegnazione all'ambito.

L'assunzione potrà avvenire tramite graduatorie già in essere ovvero attraverso l'attivazione di apposito concorso da parte di Estar, l'Ente di supporto tecnico amministrativo del Sistema Socio-sanitario della Toscana.

## 4.2 L'accessibilità e l'adattamento domestico

Le politiche per l'accessibilità sono pre-requisito per consentire alle persone con disabilità o non autosufficienti, di godere pienamente di tutti i diritti e delle libertà fondamentali: essa va garantita con riferimento ad ogni ambito della vita di una persona, a partire dal luogo nella quale questa vive.

Non a caso l'aspetto dell'adattamento degli spazi, della domotica e dell'assistenza a distanza ha trovato un'importante sottolineatura nel contesto delle attività che compongono l'investimento 1.2 dedicato ai percorsi di autonomia per persone con disabilità del PNRR, insieme alla misura del lavoro è posto a fondamento dei percorsi di conquista dell'autonomia delle persone.

La l.r. 60/2017 ha istituito a decorrere dal 2018 il Centro Regionale per l'Accessibilità (CRA), con funzioni di supporto alle direzioni regionali e al sistema dei servizi pubblici per il coordinamento e l'attuazione delle politiche regionali in tema di disabilità, informazione e consulenza in materia di accessibilità e barriere architettoniche, in particolare per l'adattamento domestico e il supporto all'autonomia e promozione di iniziative sul territorio regionale per una reale diffusione della cultura dell'accessibilità e per l'inclusione delle persone con disabilità.

Il PNNA 2022-2024 richiama chiaramente, all'interno dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, gli interventi già previsti dalla Legge di Bilancio 2022 per il sostegno dei percorsi domiciliari, con particolare attenzione agli "adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona, con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza".

La promozione dell'autonomia domestica consente di migliorare la qualità di vita nel luogo più familiare, la propria abitazione, ma anche di prevenire il rischio di infortuni o cadute e il ricorso alle strutture sanitarie.

Fin dal 2014 la Giunta Regionale ha posto l'attenzione su questi aspetti, avviando con la DGR 1043 una sperimentazione su alcuni territori, entrata poi a regime nel 2018 con il progetto di "Adattamento Domestico per il sostegno alla domiciliarità" (progetto ADA).

In collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze, Dipartimento di Architettura, assieme a tutti gli altri strumenti a supporto delle equipe multidisciplinari, è stato definito il Protocollo valutativo per l'adattamento domestico (approvato con DGR 1055/2021).

L'intervento per l'Adattamento domestico prevede la presenza di esperti di accessibilità, architetti o ingegneri, nelle UVM e UVMD delle Zone distretto/ Società della Salute che, in modo integrato, effettuano sopralluoghi presso il domicilio delle persone con disabilità o non autosufficienza, con la finalità di redigere una consulenza che viene consegnata alla famiglia. Sono valutati gli aspetti ambientali del domicilio, gli aspetti sanitari e sociali, insieme alle soluzioni progettuali volte a migliorare l'autonomia della persona nella sua abitazione e a facilitare l'eventuale attività di chi presta assistenza.

Le proposte di intervento possibili riguardano opere edilizie, arredi e attrezzature, tecnologie assistive e tecnologie per l'accessibilità e l'automazione dell'ambiente.

La persona può altresì richiedere un contributo per sostenere parte delle spese per la realizzazione degli interventi proposti nella consulenza. Il contributo viene erogato fino a un massimo di 5mila euro, indipendentemente dal numero, dalla tipologia degli interventi e dalla spesa prevista ed è modulato in relazione alla fascia ISEE.

L'intervento è regolato dalla DGR 1446/2018 con la quale lo stesso è entrato formalmente all'interno del paniere di risposte che le UVM e UVMD possono proporre alla persona all'interno del PAP o del Progetto di vita.

Il ruolo del CRA è dunque quello di supporto tecnico-organizzativo alle Zone distretto e Società della Salute, per quanto attiene la gestione dei rapporti con i professionisti esperti di accessibilità, messi a disposizione da parte del Centro stesso.

I dati disponibili sugli interventi effettuati mostrano un trend positivo e incrementale dal 2019 al 2022, con una sempre maggiore sensibilità da parte delle equipe a porre attenzioni a questo tipo di bisogni, in particolare per quanto concerne le persone con disabilità fisica. Nel periodo sopra indicato sono state 156 le consulenze redatte dagli architetti e 80 i contributi erogati a valere sul Fondo regionale per la non autosufficienza.

L'obiettivo per il prossimo triennio è quello di consolidare e ampliare gli interventi coinvolgendo tutto il territorio regionale e una platea maggiore di beneficiari.

Per rendere accessibili a cittadini e istituzioni le politiche sulla disabilità promosse e implementate dalla Regione, dal 2015 è stato strutturato e viene aggiornato costantemente il portale regionale Toscana Accessibile.

Il Portale rappresenta un altro passo avanti nella promozione della cultura dell'inclusione sociale, dell'accoglienza, del rispetto verso il prossimo e la diversità, contrastando la discriminazione e la marginalizzazione di qualsiasi persona, al fine di migliorare la qualità di vita, l'accessibilità e l'usabilità degli ambienti.

Il Portale è semplice e intuitivo: mediante poche parole chiave, che spiegano le funzioni della nuova piattaforma, e 9 grandi bottoni colorati di accesso agli altrettanti temi in cui sono stati articolati i contenuti, è data la possibilità di reperire le informazioni generali sulle politiche toscane per le persone con disabilità e conoscere i diversi interventi di cui è possibile usufruire. I contenuti sono organizzati nelle seguenti aree tematiche: ausili e tecnologie, barriere e mobilità, autonomia, salute, studio e cultura, lavoro, diritti, sport, turismo e ambiente.

La manutenzione e l'implementazione dei contenuti del sito è demandata ad un gruppo di redazione interdirezionale costituito allo scopo di rappresentare in maniera integrata e interdisciplinare la tematica della disabilità.

### 4.3 Il servizio di sostegno rivolto alla persona anziana fragile

L'evoluzione del progetto regionale "Pronto Badante" è rappresentata dal passaggio dalla gestione regionale all'attivazione degli interventi da parte delle Zone distretto/Società della Salute tramite una manifestazione di interesse per l'individuazione di un soggetto del Terzo settore di cui all'art. 4 del Codice del Terzo settore compreso gli enti di patronato, che in collaborazione con il sistema dei servizi pubblici.

L'intervento così riorganizzato consolida la qualità del welfare territoriale attraverso politiche sociali innovative e di inclusione, utili ad attivare una rete di protezione a supporto della famiglia e della persona anziana.

Rimane immutato l'obiettivo di sostenere la famiglia nella gestione improvvisa dei bisogni dell'anziano, che si trova per la prima volta in una situazione di disagio e difficoltà, e di attivare interventi di tipo informativo sui percorsi socio assistenziali territoriali, e di tipo economico, che offrono sostegno alla famiglia durante l'iter per l'instaurazione di un rapporto lavorativo con un assistente familiare.

Per la gestione della procedura di selezione del soggetto, dei rapporti con lo stesso e con il competente settore regionale per la rendicontazione degli interventi e delle risorse è garantita, alle Zone distretto/Società della Salute, la possibilità di assumere, per le tre annualità di vigenza del piano, un'unità amministrativa a tempo determinato.

## 4.4 La rete integrata di servizi per le famiglie e gli assistenti familiari accreditati

A sostegno dei percorsi domiciliari attivati tramite la presenza di un assistente familiare/badante, è prevista la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro, in collaborazione con l'Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego (ARTI), ente dipendente della Regione Toscana, che garantisce l'esercizio della funzione regionale in materia di mercato del lavoro tramite la gestione dei Centri per l'impiego e il presidio territoriale delle politiche attive del lavoro, in termini di progettazione, organizzazione ed erogazione degli interventi.

I Centri per l'impiego, oltre 50 sul territorio regionale, effettuano già un servizio di preselezione e di incrocio domanda/offerta per il lavoro domestico e di cura attraverso la messa a punto di attività personalizzate rivolte alla ricerca di personale da impiegare nelle famiglie richiedenti servizi di assistenza. Il servizio è rivolto alle famiglie che cercano assistenti familiari, collaboratori domestici o baby sitter e, allo stesso tempo, alle persone in cerca di lavoro in questo ambito.

La prima fase dell'attività prevede una necessaria conoscenza da parte dei servizi sociosanitari territoriali delle attività svolte dai Centri per l'impiego e analogamente da parte di quest'ultimi dei servizi erogati alle famiglie di persone anziane non autosufficienti o di persone con disabilità per la permanenza a domicilio.

Questa sinergia permetterà agli operatori coinvolti, sia dei Centri per l'impiego che dei servizi territoriali, di fornire alle famiglie maggiori informazioni rispetto ai servizi attivi sul territorio.

La normativa relativa all'accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato, di cui alla l.r. 82/2009, prevede che l'operatore individuale (assistente familiare) che presta la propria opera per persone anziane non autosufficienti o persona con disabilità, per i quali è previsto un contributo pubblico, debba essere accreditato dal Comune dove ha il domicilio.

L'accreditamento, una volta effettuato, ha valore su tutto il territorio regionale.

I Comuni istituiscono l'elenco degli erogatori dei servizi accreditati, ne danno pubblicità alla cittadinanza e ne curano l'aggiornamento, provvedendo altresì alla trasmissione agli uffici regionali competenti.

La seconda fase prevede l'incremento, da parte dei Centri per l'impiego, delle procedure di incontro domanda/offerta di lavoro, anche attraverso l'utilizzo degli elenchi degli operatori accreditati messi a disposizione dai Comuni. L'obiettivo è far diventare i Centri per l'impiego il punto di riferimento per le famiglie e gli assistenti familiari e migliorare la qualità del servizio fornito alle persone.

## CAPITOLO 5 Le azioni di sistema

### 5.1 Il percorso di partecipazione

Il PRNA 2022-2024 intende promuovere, da un lato, azioni finalizzate al rafforzamento del sistema zonale integrato e, dall'altro, azioni mirate al coinvolgimento delle persone con disabilità, delle persone non autosufficienti, delle loro famiglie, dei caregiver e, più in generale, delle comunità locali e del territorio.

Proprio in quest'ottica, sin dalla sua costruzione, la Regione Toscana, in collaborazione con Anci Toscana-Federsanità, ha avviato un percorso di confronto e condivisione sulle principali misure previste dal Piano. Tale percorso ha visto il coinvolgimento degli Enti locali, le Aziende Sanitarie e le Zone distretto/Società della Salute di tutta la Toscana, oltre che delle organizzazioni sindacali e delle associazioni di rappresentanza di persone con disabilità e di persone anziane non autosufficienti. Un percorso di condivisione iniziato in fase di elaborazione del Piano ma che si protrarrà nel tempo al fine favorire uno scambio reciproco funzionale all'avanzamento e all'evoluzione delle attività previste, insieme ad un maggiore coinvolgimento della comunità nei processi di sviluppo delle stesse.

Per questo, si prevede lo sviluppo di una attività di comunicazione, a vari livelli sul territorio, al fine di strutturare e rendere più efficaci tutti gli strumenti e le azioni che a vario titolo si richiamano alla comunicazione pubblica. Nell'arco del periodo triennale di implementazione del Piano, le attività comunicative vere e proprie saranno affiancate ad attività promozionali di tipo comunitario, in grado di favorire lo sviluppo di relazioni e l'attivazione di risorse informali tradizionalmente passive o latenti. In contesti come quelli della non autosufficienza e della disabilità è fondamentale lo sviluppo di pratiche di *interweaving* (intrecciamento) tra reti formali e informali, in quanto consentono di massimizzare la complementarità tra le risorse di servizio e il capitale sociale prodotto nei luoghi di vita delle persone. Una comunità che nutre un genuino interesse per il bene comune, diventa un elemento fondamentale nella costruzione di *community care*, ovvero di politiche che hanno lo scopo primario di evitare l'istituzionalizzazione e di avviare le persone in percorsi di inclusione sociale.

Le attività comunicative e promozionali, devono essere coordinate a livello di Zona distretto-Società della Salute e comprendono svariate azioni tra cui:

- una capillare informazione capace di veicolare le modalità di accesso e a far conoscere le opportunità che la rete dei servizi dedicati mette a disposizione. Tale attività si avvale sia di canali istituzionali sia informali, ed è diretta alle persone con disabilità, alle persone anziane non autosufficienti, alle persone con demenza, ai loro familiari e ai caregiver;
- il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore in progetti di promozione sociale e di sensibilizzazione delle comunità locali, su temi specifici, attraverso seminari, assemblee cittadine, eventi culturali e artistici;
- l'aggiornamento continuo degli strumenti web istituzionali.

## 5.2 La formazione

Una delle azioni principali per accompagnare adeguatamente l'attuazione del Piano è rappresentata dalla promozione di percorsi di formazione ed aggiornamento degli operatori del sistema dei servizi.

L'attività formativa offre opportunità concrete per la crescita professionale e la messa a regime di procedure, strumenti e metodologie di lavoro, fattori imprescindibili per qualificare il sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari del territorio.

Durante il periodo di vigenza del Piano saranno dunque programmate e promosse iniziative formative che, in parte, porteranno a compimento una serie di percorsi già realizzati nel 2022.

Pur nelle specificità dei singoli ambiti tematici, la formazione promossa dalla Regione condivide degli elementi comuni che si collocano quindi come fattori trasversali al perseguimento degli obiettivi fissati dal Piano:

- il marcato accento sull'accesso e la presa in carico della persona, quale tassello sostanziale a garanzia dell'esigibilità dei diritti e della costruzione di un percorso di cura e accompagnamento personalizzato e partecipato;
- l'interprofessionalità che concorre a rafforzare la visione unitaria intorno alla persona, alle sue aspettative ed ai suoi bisogni e che porta a fattore comune la multidisciplinarietà quale metodologia innovativa per la giustapposizione dei saperi da volgere in integrazione delle competenze.

Due le direttrici da seguire: da un lato la formazione dei professionisti che si occupano della presa in carico delle persone non autosufficienti, con particolare riferimento alla demenza, e alle persone con disabilità, dall'altro la formazione di tutti gli operatori e professionisti che vanno a comporre il sistema dell'accesso ai servizi

A partire da questa base comune, si svilupperanno quindi percorsi mirati nei seguenti contesti di seguito descritti.

### **Sistema dell'accesso**

Il disegno del nuovo sistema territoriale definito attraverso il DM 77/2022, diffonde sul territorio regionale, all'interno delle Case di Comunità, gli sportelli unici di accesso (PUA), quale nodo della rete territoriale integrata attraverso cui riorganizzare i servizi sociosanitari per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità.

Con la sua riorganizzata funzione di front e back-office, il PUA è chiamato ad orientare e informare il cittadino, avviando la presa in carico e inoltrando i casi alle UVM/UVMD.

Si tratta dunque di una porta d'ingresso semplificata al sistema dei servizi sociali e sociosanitari che deve essere messa in condizione di svolgere al meglio i propri compiti, curando il rapporto con il cittadino che entra in contatto con una rete articolata e multilivello di servizi, opportunità e contesti di cura e di relazione.

E' dunque necessario supportare il territorio con un percorso di aggiornamento e formazione rivolto a tutti gli operatori che andranno a svolgere le funzioni assegnate ai PUA, al fine di migliorare le capacità di accoglienza del cittadino che segnala un bisogno, di informazione e orientamento della domanda al livello organizzativo successivo a quello dell'accesso: tutti gli operatori impiegati presso i PUA devono sviluppare competenze specifiche utili a orientare i bisogni e a prefigurare quindi l'attivazione di percorsi esclusivamente sanitari o sociali piuttosto che percorsi per bisogni complessi sociosanitari da portare all'attenzione delle UVM/UVMD.

Il fine è quello di migliorare, già a partire dal primo contatto, il servizio che garantisce accoglienza e professionalità, un ascolto attivo, un'informazione appropriata e un sostegno per la persona non autosufficiente o con disabilità e per la sua famiglia.

La formazione affronterà dunque, in ottica multidisciplinare, le tematiche dell'accoglienza e dell'ascolto della persona, dell'approfondimento dei setting organizzativi che costituiscono il sistema territoriale di interventi e servizi, del quadro normativo e giuridico che sottende al processo di riorganizzazione e all'affermazione dei diritti delle persone e quant'altro necessario a garantire l'adeguato funzionamento di questo strategico servizio.

### **Disabilità**

La prima fase dell'attività di formazione rivolta alle équipe delle UVMD costituite in ogni zona distretto/ Società della Salute, che ha coinvolto nell'ultimo trimestre 2022 300 professionisti di tutte le 28 Zone distretto e Società della Salute, ha consentito di lavorare sull'applicazione degli strumenti definiti dalla Regione a partire dal 2017 grazie ad un intenso percorso di lavoro e confronto con la comunità di operatori e professionisti del territorio.

I temi portanti di tale esperienza hanno riguardato il Profilo di funzionamento e la conseguente definizione del Progetto di vita, nell'ottica del Budget di salute, con attenzione particolare agli aspetti della partecipazione della persona e della famiglia.

L'elemento che ha contraddistinto tale percorso formativo è rappresentato dall'apporto di un gruppo di professionisti del territorio i quali, in virtù della loro partecipazione ai tavoli regionali, hanno assunto il ruolo di formatori esperti.

Nel perseguire l'obiettivo di supportare e qualificare i processi di presa in carico, accompagnamento e definizione del Progetto di vita per le persone con disabilità e per le loro famiglie, la Regione intende rafforzare il modello di presa in carico integrata e multidisciplinare, affiancando i servizi sociosanitari nell'approfondimento delle procedure e nell'utilizzo degli strumenti.

Si opererà dunque su un duplice binario:

- promuovendo, in maniera il più possibile capillare, un percorso per portare a conoscenza dell'intera comunità di professionisti il modello regionale di presa in carico, soprattutto nell'ottica di veicolare il cambio di paradigma e di approccio culturale alle tematiche della disabilità che le norme più recenti, ed anche le esperienze diffuse attraverso progettualità specifiche come la vita indipendente o il Dopo di Noi, hanno evidenziato. In tal senso l'esperienza maturata sul campo, per così dire, dai formatori esperti non dovrà essere dispersa, ma anzi valorizzata ed amplificata in funzione di specifiche iniziative formative territoriali o di occasioni di confronto e scambio di buone pratiche tra gruppi multidisciplinari di operatori, affinché le competenze acquisite possano essere comunicate e diffuse in maniera agile, fluida e circolare;
- coinvolgendo gli operatori delle équipe multidisciplinari nell'applicazione ai casi in valutazione dei dispositivi approvati dalla Regione, con l'obiettivo di verificarne l'adeguatezza e rilevare eventuali necessità di aggiustamenti o di correttivi. Si promuoverà così un progetto di ricerca partecipata che, con la guida di ricercatori universitari, consenta ai professionisti di valutare l'appropriatezza degli strumenti operativi messi a punto per la costruzione dei percorsi di intervento attivati a favore delle persone con disabilità, per l'ascolto dei loro bisogni e delle loro aspirazioni, per la valutazione multiprofessionale e per la definizione del Progetto di vita.

Gli esiti di questa ricerca-azione porteranno dunque a rivestire di evidenze scientifiche l'utilizzo della scheda anagrafica, del questionario delle opportunità, della scheda sociale, del profilo di funzionamento e del progetto di vita, in maniera da fondare la divulgazione su un procedimento di condivisione e partecipazione particolarmente congeniale a far maturare dal basso le condizioni favorevoli a far proprio tale innovativo patrimonio tecnico e professionale.

### **Demenza**

Un approccio adeguato alla persona richiede necessariamente una formazione globale ed integrata, che unisca le conoscenze biologiche e cliniche, sulle quali si fondano la diagnosi e la terapia, con quelle relazionali ed umane, elementi cardine del percorso assistenziale nell'ottica della promozione del benessere della persona e il contenimento dello stress di chi si occupa del malato.

E' su questi presupposti che si prevede un percorso formativo interprofessionale finalizzato ad offrire agli operatori e ai professionisti che a vario titolo sono coinvolti nella presa in carico della persona con demenza e della sua famiglia, gli strumenti conoscitivi più idonei per un'assistenza altamente specialistica, basata sulla forza di un lavoro integrato di équipe multidisciplinare.

La principale finalità è quella di fornire agli operatori che, con differenti competenze, lavorano per e con le persone affette da demenza, uno strumento di indirizzo per la diagnosi tempestiva della malattia e la presa in carico integrata del paziente e della sua famiglia.

Il percorso formativo si declinerà in parallelo al percorso di miglioramento del funzionamento del sistema di rete, con una conoscenza più puntuale dei servizi esistenti ed un loro appropriato utilizzo, una più organica integrazione tra servizi/strutture/associazioni e tra gli operatori coinvolti, nonché l'implementazione di nuove soluzioni organizzative, così da diminuire i disagi a carico della persona interessata e dei suoi familiari e infine ottimizzare anche l'utilizzo delle risorse.

I percorsi formativi terranno conto dell'evoluzione delle nuove terapie farmacologiche che la ricerca scientifica prospetta per il prossimo futuro. Per cogliere al meglio le opportunità delle nuove terapie in arrivo, infatti, sarà necessaria una capillare e intensa attività di formazione a livello territoriale che favorisca l'appropriatezza della prescrizione.

Diagnosi precoce e prevenzione, a partire dal ruolo che in questo contesto potrà assumere il Medico di Medicina Generale, sono quindi priorità che dovranno essere diffusamente implementate nei nostri servizi territoriali non solo per garantire a pazienti e famiglie i migliori interventi e cure possibili ma anche per ridurre il carico socio-economico ed assistenziale che la demenza avrà sempre di più sui bilanci della spesa sanitaria.

Contestualmente, al fine di orientare malati, familiari e professionisti all'interno della rete dei servizi esistenti e guidarli nei percorsi più appropriati di presa in carico nelle diverse fasi della malattia, verrà costantemente aggiornata la pagina dedicata sul sito web istituzionale della Regione Toscana "Demenze e Alzheimer".

Tale sezione web è concepita come uno strumento di informazione attraverso il quale fornire e divulgare informazioni scientifiche sulle demenze e sui Servizi dedicati, utili per cittadini, familiari e persone con demenza, istituzioni e per quanti operano nel settore.

Ulteriori iniziative di aggiornamento e formazione, a supporto della diffusione uniforme sul territorio regionale delle previsioni contenute nel PRNA 2022-2024, riguarderanno il coinvolgimento:

- dei direttori di Zona distretto e Società della Salute in percorsi formativi dedicati al rafforzamento delle competenze manageriali in relazione al ruolo ed alle funzioni che gli stessi sono chiamati a svolgere per assicurare adeguati livelli di governance e di programmazione integrata;
- degli operatori del sistema territoriale in occasioni di formazione interprofessionale, mirate ad approfondire l'integrazione tra le componenti sanitarie e sociosanitarie alla luce delle disposizioni e delle novità dettate dal DM 77/2022, dal PNNA 2022-2024 nonché dal PRNA 2022-2024.

## 5.3 Il sistema informativo

Lo sviluppo di un'architettura informatica organica e interconnessa costituisce uno strumento fondamentale per un'efficace gestione del sistema di interventi e servizi sociosanitari, così come per la programmazione e l'attuazione di politiche capaci di incidere sui bisogni dei cittadini.

L'integrazione di metodi, strumenti e procedure per la raccolta, l'elaborazione e la gestione delle informazioni è quindi un obiettivo che è necessario continuare a perseguire per supportare adeguatamente il sistema sociale e sociosanitario territoriale.

Dal 2019 la Regione Toscana ha messo in atto un processo di unificazione delle cartelle socio-sanitarie presenti nelle Zone distretto/Società della Salute, accorpandole ed evolvendole. È stata avviata la sperimentazione di un unico sistema informatico regionale di riferimento, denominato AsterCloud, erogato centralmente, che ha portato alla omogeneizzazione dei processi sociosanitari su tutto il territorio regionale e ad una revisione funzionale, tecnologica ed ergonomica, dei vari moduli applicativi, oltre a razionalizzare le licenze e i costi di manutenzione. La gestione centralizzata delle tabelle comuni e l'integrazione con l'anagrafe regionale e gli altri sottosistemi centralizzati rappresentano elementi fondamentali della nuova piattaforma informativa regionale.

Il sistema informativo attuale rappresenta un'ottima base di partenza per garantire il supporto adeguato all'attuazione del sistema integrato territoriale sociale e sanitario della Toscana.

La sua evoluzione è finanziata da una apposita linea di intervento del PNRR (M6C2 1.1) con l'obiettivo primario di offrire servizi socio-sanitari digitali unici e di elevata qualità all'intera popolazione toscana e a tutti gli operatori coinvolti.

## 5.4 Il monitoraggio

L'attuazione del PRNA 2022-2024 viene monitorata allo scopo di valutare l'efficacia degli obiettivi fissati e di porre in campo eventuali azioni correttive, in maniera da adeguare in itinere i contesti in cui le azioni si realizzano ai bisogni effettivamente rilevati.

L'azione di monitoraggio, nel tenere conto dei fattori trasversali e di novità evidenziati dal PRNA 2022-2024 e delle traiettorie di sviluppo delineate, tende prioritariamente a mettere in luce le ricadute sulla programmazione territoriale, rilevando i principali elementi di adeguamento e di armonizzazione del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari delle Zone distretto e Società della Salute.

La metodologia di valutazione prenderà in considerazione sia gli elementi e le condizioni che facilitano il raggiungimento degli obiettivi, sia gli ostacoli o fattori che eventualmente rallentano la piena attuazione delle linee di sviluppo indicate dal PRNA 2022-2024.

Il monitoraggio potrà essere svolto anche con il supporto dell'Osservatorio sociale regionale che potrà fornire un contributo qualificato in merito all'osservazione dei fenomeni sociali legati all'attuazione del PRNA 2022-2024, come anche all'analisi di impatto sulla rete integrata dei servizi territoriali.

In questo contesto possono essere previsti e realizzati specifici focus di approfondimento tematico, anche con il coinvolgimento dei beneficiari finali degli interventi, al fine di supportare con dati e indicatori di risultato la programmazione sia regionale che territoriale.

## La scheda di piano prevista dall'allegato B al DPCM 3/10/2022

### 1. Il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione sociosanitaria

#### 1.1 Il quadro di contesto

La legge regionale 18 dicembre 2008 n. 66 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza" è la norma con la quale la Giunta Regionale Toscana ha istituito il fondo regionale per la non autosufficienza e fissato i capisaldi del percorso di presa in carico della persona non autosufficiente, con disabilità e anziana, prevedendo un sistema coordinato di accesso ai percorsi, la valutazione multidimensionale dei bisogni, con riferimento all'ICF, la elaborazione di un progetto di assistenza personalizzato definito con la partecipazione della persona o, laddove non sia possibile, dei familiari o del legale rappresentante.

La legge persegue la finalità di sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti, con disabilità e anziane, ponendosi in particolare i seguenti obiettivi:

- migliorare la qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali;
- promuovere un sistema fondato sulla prevenzione della non autosufficienza;
- favorire percorsi che realizzino la vita indipendente e la domiciliarità.

La norma definisce inoltre i requisiti dei destinatari, le tipologie di prestazioni, la composizione delle risorse nel fondo dedicato alla non autosufficienza.

La legge regionale 18 ottobre 2017 n. 60 "Disposizioni generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità", interviene quasi dieci anni dopo la l.r. 66/08 e si pone come uno strumento di riordino della normativa regionale in materia di disabilità, perseguendo le seguenti finalità:

- promuovere e assicurare i diritti delle persone con disabilità sulla base dei principi di uguaglianza, non discriminazione e inclusione sociale;
- rimuovere e prevenire le condizioni che impediscono alla persona con disabilità il raggiungimento della propria autodeterminazione.

La legge valorizza la centralità della persona, affinché siano sviluppate le capacità esistenti e le potenzialità di crescita, in una logica opposta a quella assistenzialista attuata con l'erogazione di prestazioni a fronte di una richiesta da parte del cittadino, ma orientata allo sviluppo e al raggiungimento della massima autonomia possibile, della vita indipendente e della personalizzazione degli interventi.

Il disegno dell'assistenza sanitaria territoriale, operata attraverso il Decreto 23 maggio 2022, n. 77 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale), rappresenta il contesto inedito cui devono riferirsi le norme regionali.

La Regione Toscana ha dato attuazione alle previsioni del DM 77/2022 attraverso l'adozione della delibera di Giunta Regionale n. 1508 del 19/12/2022 (La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77) con la quale ha inteso non solo recepire le indicazioni ed il rispetto degli standard previsti, ma anche valorizzare le peculiarità del modello toscano e sviluppare ulteriori aspetti di innovazione che permettano al servizio socio-sanitario regionale di mantenere il livello di eccellenza.

In questa cornice profondamente rinnovata, che offre tra l'altro l'opportunità di sostenere e potenziare, in maniera integrata e coordinata, il sistema dei servizi e degli interventi sociali, sanitari e sociosanitari, si inserisce il percorso per l'aggiornamento della l.r. 66/2008.

La norma regionale viene attualizzata a partire dal sistema dell'accesso, quale nodo della rete territoriale integrata attraverso cui riorganizzare i servizi sociosanitari per persone anziane non autosufficienti e per persone con disabilità.

La diffusione sul territorio degli sportelli unici di accesso (PUA) offre l'opportunità di semplificare il percorso dell'accesso ai servizi e costituisce il primo tassello per una efficace valutazione multidisciplinare dei bisogni. L'aggiornamento consente inoltre di armonizzare il contenuto della norma con il dettato della l.r. 66/2017 che già ha introdotto riferimenti di fondamentale importanza per la promozione del diritto all'autodeterminazione e alla partecipazione alla vita sociale delle persone con disabilità sulla base di uguaglianza con gli altri.

al 2015 presso la Direzione Sanità, welfare e coesione sociale è costituito un tavolo regionale di confronto con i coordinamenti e le federazioni delle associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari:

- FISH Toscana;
- FAND Toscana;
- Coordinamento Di Poi;
- Coordinamento Toscano Salute Mentale;
- Forum delle Associazioni Toscane Malattie Rare;
- Associazione Toscana Paraplegici, Habilia onlus e Associazione Vita Indipendente Toscana.

Il tavolo è coordinato dal Settore Integrazione sociosanitaria e ha il principale obiettivo di essere un luogo di confronto, condivisione, partecipazione e informazione sui temi delle politiche regionali sociosanitarie in materia di disabilità, delle azioni e degli interventi, nonché della valutazione dei risultati.

Nel mese di febbraio 2023 la presente scheda di piano è stata oggetto di consultazione con:

- il tavolo regionale di confronto con i Coordinamenti e le Federazioni delle Associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari

- le organizzazioni sindacali dei pensionati (SPI-Cgil, FNP-Cisl e Uil-Pensionati)
- ANCI Toscana
- i direttori generali, sanitari, dei servizi sociali e amministrativi delle Aziende UU.SS.LL.
- i direttori delle Zone distretto/Società della Salute
- i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci/Presidenti delle Società della Salute
- i coordinatori sociali, sanitari e sociosanitari delle zone distretto/Società della Salute.

## 1.2 L'integrazione sociosanitaria (art.1 comma 163, lettera a Legge di bilancio)

Le leggi regionali n. 40 e 41 del 2005, stabiliscono i principi cardine e i livelli organizzativi del sistema dei servizi sanitario, sociale e sociosanitario.

In particolare:

- la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale", all'art. 64, stabilisce che la zona-distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate. Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione sociosanitaria è realizzata attraverso le Società della Salute, organismi consortili costituiti tra gli enti locali ricompresi nell'ambito della zona distretto per adesione volontaria e l'Azienda USL competente per quel territorio, ovvero mediante la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, stipulata da tutti comuni ovvero dalle unioni dei comuni che esercitano la funzione fondamentale sociale della zona distretto e l'Azienda USL del territorio.
- la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale", all'art. 48, prevede che le attività ad integrazione sociosanitaria siano volte a soddisfare le esigenze di tutela della salute, di recupero e mantenimento delle autonomie personali, di inserimento sociale e miglioramento delle condizioni di vita, anche mediante prestazioni a carattere prolungato. Le prestazioni sociosanitarie sono assicurate, mediante il concorso delle Aziende USL e dei comuni, dall'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie e sociali necessarie a garantire una risposta unitaria e globale ai bisogni di salute che richiedono interventi sanitari e azioni di protezione sociale. Il coordinamento e l'integrazione degli interventi sociosanitari si attua, ai fini dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni, sulla base della valutazione multidimensionale dei bisogni, della definizione del progetto assistenziale personalizzato e della verifica periodica degli esiti.

Il passaggio dalla enunciazione normativa a quella attuativa è realizzato, fin dal 2012, con il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale (attualmente in vigore il PSSIR 2018-2020), strumento di programmazione intersettoriale con il quale la Regione Toscana definisce gli obiettivi di politica sanitaria e sociale integrata e i criteri per l'organizzazione dei servizi sociosanitari, in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione, la programmazione multilivello e gli strumenti della integrazione. Parimenti, la Giunta Regionale ha previsto una organizzazione dei propri uffici con un'unica Direzione con competenze tecnico-amministrative in materia sociale, sanitaria e sociosanitaria, facente capo a due Assessorati: "Diritto alla salute e sanità" e "Politiche sociali".

A livello territoriale l'integrazione sociosanitaria è realizzata, per quanto riguarda la programmazione dei servizi, con il Piano Integrato di Salute (PIS) e, per quanto riguarda il soggetto pubblico di riferimento, con le Società della Salute ovvero, laddove non presenti, con lo strumento della convenzione sociosanitaria tra Azienda USL e comuni o unione dei comuni.

### 1.2.1 Ambiti territoriali

La l.r. 41/2005 stabilisce che le disposizioni che fanno riferimento agli ambiti territoriali sociali si intendono riferite agli ambiti delle zone-distretto (art.36 bis).

Le zone-distretto costituiscono gli ambiti territoriali per l'integrazione sociosanitaria, per l'esercizio coordinato della funzione fondamentale in ambito sociale, nonché gli ambiti territoriali di dimensione adeguata per l'assolvimento dell'obbligo di esercizio associato della medesima funzione fondamentale da parte dei comuni a ciò tenuti ai sensi della legislazione statale.

Le zone-distretto sono individuate con deliberazione del Consiglio Regionale, su proposta della Giunta Regionale, previo parere della Conferenza regionale dei Sindaci, nel rispetto delle zone disagiate, delle zone montane, di confine e insulari, della loro identità territoriale, delle esperienze sociosanitarie maturate e consolidate, anche in ragione del rapporto fra dimensioni elevate del territorio e scarsa densità abitativa.

La zona-distretto, tenendo conto dei bisogni di salute della popolazione afferente, nel rispetto delle zone disagiate e di confine, delle risorse messe a disposizione dall'Azienda USL e dai comuni, organizza e gestisce la continuità e le risposte territoriali della integrazione sociosanitaria, organizza le funzioni direzionali interprofessionali e tecnico-amministrative riferite alle reti territoriali sanitarie, sociosanitarie e sociali integrate.

Il sistema integrato assicura l'erogazione dei LEPS previsti dallo Stato ai sensi dell'articolo 117, comma secondo, lettera m) della Costituzione, così come definito all'articolo 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328.

Il piano sanitario e sociale integrato regionale definisce, sulla base del fabbisogno rilevato, le caratteristiche quantitative e qualitative dei servizi e degli interventi che costituiscono i livelli essenziali delle prestazioni sociali definiti dallo Stato, nell'ambito delle risorse trasferite e le eventuali prestazioni aggiuntive da assicurare in modo omogeneo sul territorio toscano, nell'ambito delle risorse regionali.

L'attuazione in ambito zonale del piano sanitario e sociale integrato regionale avviene sulla base delle caratteristiche sociali, economiche, epidemiologiche e morfologiche del territorio, nel rispetto dei criteri di equità, efficacia e appropriatezza, tenuto conto delle risorse finanziarie messe a disposizione dallo Stato, dalla Regione e dagli enti locali, nonché della compartecipazione degli utenti al costo delle prestazioni, ed è definita negli atti di programmazione locale.

Le zone distretto della Toscana sono 28, di cui 16 Società della Salute:

Azienda USL	Ambito territoriale	Forma di gestione
Azienda Usi Toscana Nord Ovest	Lunigiana	Società della Salute
	Apuane	Zona distretto
	Piana di Lucca	Zona distretto
	Valle del Serchio	Zona distretto
	Pisana	Società della Salute
	Alta Val di Cecina – Val d’Era	Società della Salute
	Livornese	Zona distretto
	Bassa Val di Cecina – Val di Cornia	Società della Salute
	Elba	Zona distretto
Azienda Usi Toscana Centro	Versilia	Zona distretto
	Pistoiese	Società della Salute
	Val di Nievole	Società della Salute
	Pratese	Società della Salute
	Firenze	Società della Salute
	Fiorentina Nord Ovest	Società della Salute
	Fiorentina Sud Est	Società della Salute
	Mugello	Società della Salute
Azienda USL Toscana Sud Est	Empolese - Valdarno Inferiore	Società della Salute
	Senese	Società della Salute
	Alta Val d’Elsa	Società della Salute
	Amiata Senese e Val d’Orcia - Valdichiana Senese	Società della Salute
	Aretina	Zona distretto
	Casentino	Zona distretto
	Valtiberina	Zona distretto
	Valdarno	Zona distretto
	Val di Chiana Aretina	Zona distretto
	Amiata Grossetana Colline Metallifere Grossetana	Società della Salute
Colline dell’Albegna	Zona distretto	

### 1.2.2. Punti Unici di Accesso

La Giunta Regionale Toscana con la già richiamata delibera n. 1508 del 19/12/2022 ha approvato “La programmazione dell’assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77” con la quale è stato anche ridefinito l’accesso al sistema sociale e sociosanitario e l’avvio della presa in carico del cittadino che esprime un bisogno. Nel triennio di vigenza del PNA si prevede pertanto di dare attuazione alle disposizioni del suddetto provvedimento, procedendo a riorganizzare, all’interno delle Case di Comunità, i servizi di accesso (diretto e indiretto) ad oggi presenti sul territorio regionale (PUA, Sportelli Punto Insieme e Segretariato sociale) per un accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari. Il PUA, così inteso, svolgerà funzioni di front e back-office, orientando e informando il cittadino, avviando la presa in carico e inoltrando i casi alle UVM/ UVMD.

Per rispondere ai bisogni sociosanitari integrati, il PUA si relaziona e si rapporta con la Centrale Operativa Territoriale (COT), quale struttura deputata al coordinamento della presa in carico unitaria sociosanitaria della persona e all’organizzazione del raccordo tra i vari setting assistenziali territoriali.

Affinché il PUA svolga adeguatamente le proprie funzioni è prevista una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi, con il compito di garantire accoglienza, ascolto e prima valutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale.

Ad oggi il sistema dell’accesso è regolato dalla legge regionale 66/2008, che sarà dunque oggetto delle opportune modifiche e aggiornamenti, dalla delibera della Giunta Regionale n. 370 del 22 marzo 2010 che ha approvato il “Progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente”, in particolare per quanto riguarda la persona anziana, e dalle delibere della Giunta Regionale n. 1449/2017 e n. 1642/2019 che hanno ridefinito la rete per l’accesso di front e back-office ampliandone le funzioni anche alle persone con disabilità.

Le funzioni dei PUA, come delineate dalle opportune modifiche normative e organizzative, saranno rafforzate anche attraverso il necessario percorso formativo dedicato a tutti gli operatori e i professionisti della rete dell’accesso, al fine di armonizzare comportamenti e omogeneizzare funzioni e strumenti di accoglienza della domanda, informazione e orientamento, presa in carico dei bisogni del cittadino.

In attuazione di quanto disposto del comma 163 della legge di bilancio 234/21, si provvede ad un significativo rafforzamento delle professionalità necessarie al raggiungimento dei LEPS.

Il personale assunto, anche ai sensi dell’art. 21, comma 2, del DPCM 12 gennaio 2017 (LEA), garantisce l’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

A ciascuno dei 28 ambiti sono garantite le risorse per l’assunzione a tempo indeterminato di almeno due assistenti sociali, così come dettagliatamente descritto al punto 4.1 del PRNA 2022-2024.

Sul sito di Regione Toscana è reperibile e aggiornato l’elenco degli sportelli di front office:

<https://www.regione.toscana.it/-/sportelli-puntoinsieme-per-zona> - numero verde 800860070

### 1.2.3 Valutazione multidimensionale

Per quanto attiene l'area della persona anziana non autosufficiente, in ogni zona-distretto è costituita una Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) che, come previsto all'art. 11 della l.r. 66/2008, è composta dalle seguenti figure professionali stabili e dedicate:

- a) un medico di comunità
- b) un assistente sociale
- c) un infermiere

La UVM è di volta in volta integrata dal medico generale della persona sottoposta a valutazione. In relazione ai casi in esame è anche integrata da professionalità specialistiche e da altri operatori coinvolti nella presa in carico del caso e che si ritengono necessari ai fini della definizione del progetto di assistenza personalizzato, con particolare attenzione alla professionalità geriatrica.

Per quanto attiene l'area della persona con disabilità, in ogni Zona distretto è costituita una Unità di Valutazione Multidisciplinare per la Disabilità (UVMD), composta dalle seguenti figure professionali stabili e dedicate:

- a) un medico di comunità
- b) un assistente sociale
- c) un amministrativo di supporto

Il gruppo stabile è integrato, sia nella fase istruttoria della valutazione, che nella fase di redazione del profilo di funzionamento e del progetto di vita, da professionisti e specialisti individuati tra quelli di riferimento della persona o in funzione del bisogno prevalente. Per i casi in età scolare è previsto il necessario coinvolgimento di un rappresentante della scuola. Possono inoltre essere coinvolti dalla UVMD referenti di altri soggetti/ enti pubblici, privati e del privato sociale, che hanno un ruolo nel progetto di vita della persona.

La UVM e la UVMD sono costituite con atto del Direttore della Zona distretto (art. 11, comma 3, l.r. 66/2008), che provvede ad assegnarne il coordinamento ad uno dei membri dell'equipe stessa. Alla UVM/UVMD compete, come previsto dall'art. 11, comma 5, della medesima l.r., in estrema sintesi:

- a) la valutazione multidisciplinare delle condizioni di bisogno della persona e la definizione del profilo di funzionamento per quanto riguarda la persona con disabilità;
- d) la definizione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) per la persona anziana o del Progetto di Vita per la persona con disabilità;
- e) la partecipazione della persona e/o della famiglia o legale rappresentante, ai sensi dell'art. 11, comma 5, lettera e) della l.r. 66/2008, sia nella fase valutativa che in quella progettuale;
- f) la nomina del case manager della persona;
- g) la periodica verifica degli obiettivi e dei risultati del PAP/ Progetto di Vita e della appropriatezza dello stesso, nonché le eventuali rivalutazioni previste.

Il LEPS di processo indicato dall'articolo 1, comma 163 della menzionata legge 30 dicembre 2021 n. 234, risulta dunque realizzato attraverso la costituzione in ogni zona distretto della UVM e UVMD i cui compiti e funzioni sono coerenti con il dettato normativo.

La Regione Toscana intende proseguire l'attività di nel sostegno alle UVM e UVMD promuovendo e realizzando percorsi formativi e azioni di supporto che possano rafforzare il modello di presa in carico integrata della persona, favorirne l'ascolto e la partecipazione, anche con il coinvolgimento della famiglia e di chi la rappresenta legalmente, riducendo i rischi di isolamento e marginalizzazione e proponendo piuttosto percorsi di inclusione e, ove possibile, di autodeterminazione.

### 1.2.4 Progetto personalizzato

La legge regionale n. 66/2008 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza", stabilisce che il progetto di assistenza personalizzato (PAP), elaborato dalla UVM, contiene gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente anziana e le prestazioni socio-sanitarie da erogare, individuate, sulla base di indici di gravità delle condizioni di bisogno, secondo le procedure approvate con i decreti dirigenziali n. 1354/2010 e n. 2259/2012.

Nella elaborazione del PAP, la UVM si pone l'obiettivo di una condivisione dei contenuti del progetto con la persona assistita ed i suoi familiari, valutando possibili offerte di prestazioni alternative. La l.r. 66/2008 stabilisce anche i tempi di erogazione delle prestazioni previste nel PAP e, in caso di impossibilità, assicura al cittadino prestazioni di pari efficacia, in attesa di attivare quelle stabilite come più appropriate da parte della UVM.

La crescita della responsabilità pubblica costituisce il nucleo del progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente, che si realizza tramite la crescita dei servizi pubblici e l'attivazione di livelli essenziali per la non autosufficienza come parte del processo di introduzione di livelli essenziali per il complesso di servizi e interventi sociali (LEPS).

L'obiettivo principale è quello di favorire la permanenza della persona non autosufficiente al proprio domicilio, attraverso un progetto personalizzato nel quale le risorse individuali, familiari e di contesto ambientale sono essenziali per rispondere ai bisogni della persona, integrate alle prestazioni e ai servizi garantiti dal sistema pubblico.

Per quanto riguarda le persone con disabilità non determinata dal naturale invecchiamento, la delibera della Giunta Regionale n. 1449/2017, coerentemente con la Convenzione ONU, amplia il concetto di PAP definendo il Progetto di vita.

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

Il Progetto di vita della persona è la sede nella quale riunificare le risposte, in termini di obiettivi, sostegni e opportunità, offerte dai sistemi sanitario e sociale, previdenziale e scolastico, lavorativo, ambientale/ domestico e socio-relazionale, scelti in accordo con la persona e/o con i familiari. In esso devono confluire programmi e progetti individualizzati e personalizzati di cui sono titolari enti e soggetti diversi (PAP, PEI, PARG, PRI, ecc.), sotto la regia di un unico soggetto del sistema pubblico: la UVMD.

Questo approccio richiede, sia al sistema pubblico che alle persone con disabilità, un cambiamento culturale fondamentale: le persone e le loro famiglie non sono più destinatarie passive di politiche e servizi ma devono essere soggetti attivi del cambiamento.

La legge regionale n. 60/2017 "Disposizioni generali sui diritti e le politiche per le persone con disabilità", all'art. 9, specifica che il Progetto di vita assicura:

- a) la continuità e la coerenza con il percorso di vita, con particolare riferimento al passaggio dall'infanzia-adolescenza all'età adulta;
- b) lo sviluppo, il recupero e il mantenimento dell'autonomia personale;
- c) l'integrazione con i servizi socio-sanitari;
- d) la realizzazione del massimo grado di vita indipendente, dell'inclusione nella società e dell'autodeterminazione, anche attraverso la promozione di soluzioni domiciliari o di micro comunità;
- e) il coinvolgimento della persona, della famiglia e degli altri attori nella programmazione degli interventi e nella scelta del luogo di vita;
- f) la permanenza, ove possibile, della persona anziana con disabilità nell'ambiente o nella struttura nella quale vive.

Con le delibere della Giunta Regionale n. 1449/2017 e n. 1642/2019 è stato specificato il modello regionale del percorso di presa in carico della persona con disabilità. A fine 2021, con la delibera della Giunta Regionale n. 1055 si è concluso il lavoro di indirizzo di livello regionale con l'approvazione delle metodologie, strumenti e procedure, amministrative e professionali a supporto dei professionisti, comprese quelle per la definizione del Profilo di funzionamento e del Progetto di vita secondo la metodologia del Budget di salute. Nel corso del triennio 2022-2024 i territori, con il supporto della Regione, saranno dedicati al consolidamento e alla messa a regime delle modalità organizzative e degli strumenti di lavoro che segnano un profondo cambiamento di prospettiva nell'approccio alla disabilità e professionale nella presa in carico della persona.

Coerentemente con i percorsi di presa in carico delle persone con disabilità, è garantito altresì il diritto all'autodeterminazione, da parte delle persone con disabilità con capacità di esprimere la propria volontà direttamente, oppure attraverso un amministratore di sostegno, che intendono realizzare il proprio progetto di vita indipendente. La Giunta Regionale sostiene fin dal 2004 tali progettualità con risorse proprie, oltre alle risorse che dal 2018 sono state messe a disposizione dal livello nazionale. Tramite il proprio progetto di vita indipendente la persona con disabilità manifesta la volontà di realizzare un personale progetto di vita orientato al completamento del percorso di studi, alla formazione professionale o universitaria per l'inserimento socio-lavorativo, alla valorizzazione delle proprie capacità funzionali nel contesto lavorativo, nell'agire sociale e in favore di iniziative solidali, attraverso la conduzione delle principali attività quotidiane compreso l'esercizio delle responsabilità genitoriali.

A tal fine la UVMD, sulla base della progettualità presentata dalla persona e in collaborazione con questa, definisce il progetto di vita, con specifica attenzione al conseguimento di obiettivi di vita indipendente, parità di opportunità ed integrazione sociale. Un Atto di indirizzo regionale, aggiornato nel corso del 2022 con la delibera della Giunta Regionale n.117, regola la predisposizione dei progetti di vita indipendente inserendo tali progettualità all'interno del percorso di presa in carico della persona da parte della UVMD e sostenendo tali progettualità con un contributo economico mensile.

## 2. Le modalità di individuazione dei beneficiari

Tutte le modalità di seguito specificate sono adottate dalle équipe multidisciplinari, UVM e UVMD, all'interno dei percorsi di presa in carico delle persone non autosufficienti anziane o con disabilità. L'appropriatezza della risposta è stabilita dalla équipe a seguito di valutazione multidimensionale dei bisogni e definizione del PAP o del Progetto di vita. L'accesso alle prestazioni, benefici o contributi non avviene mai a seguito di specifica domanda del cittadino, né è gestito attraverso bandi o avvisi; fanno eccezione unicamente le progettualità di vita indipendente, sia finanziate con fondi regionali che con fondi statali per le quali è la persona che, sulla base del principio di autodeterminazione, presenta il proprio progetto di vita indipendente.

Come stabilito dal DM 26 settembre 2016 "per persone in condizione di disabilità gravissima si intendono le persone beneficiarie dell'indennità di accompagnamento, di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, o comunque definite non autosufficienti ai sensi dell'allegato 3 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 159 del 2013" e per le quali sia verificata almeno una delle condizioni declinate nelle lettere da a) ad i) del medesimo decreto, secondo le scale per la valutazione illustrate nei suoi allegati.

La Giunta Regionale, con delibera n. 680 del 13 giugno 2022 ha recentemente aggiornato le "Linee di indirizzo per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le Non Autosufficienze destinato alle disabilità gravissime" che, come i precedenti atti in materia, recepiscono interamente quanto indicato all'art. 3, comma 2 e negli allegati 1 e 2 del DM 26 settembre 2016, nonché nell'allegato 3 al DPCM 159/2013, e regolamentano gli interventi a favore delle persone con disabilità gravissima a valere sul Fondo dedicato e a sostegno di percorsi di tipo domiciliare. Le linee di indirizzo individuano una soglia di reddito per l'ammissibilità al contributo di cura, nel valore ISEE per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria non superiore a euro 60.000,00.

Le persone affette da SLA, oltre a rientrare nei criteri di cui all'art. 3, comma 2, lett. e) del DM 26 settembre 2016 "Persone con gravissima compromissione motoria da patologia neurologica o muscolare", accedono al Fondo per le Non Autosufficienze destinato alle disabilità gravissime secondo ulteriori criteri clinici, come stabilito dalla delibera della Giunta Regionale n. 721/2009 e dai decreti dirigenziali n. 5725/2009 e n. 8064/2021, nei quali sono specificati: l'elenco delle patologie dei motoneuroni assimilabili alla SLA e le condizioni cliniche per la individuazione della fase avanzata della malattia, come di seguito riportati:

per quanto riguarda le patologie del motoneurone

- Sclerosi Laterale Amiotrofica
- Sclerosi Laterale Primaria
- Atrofia Muscolare Progressiva
- Paralisi Bulbare e Pseudobulbare Progressiva
- Atrofia Muscolare Spinale tipo II, III e IV
- Paraparesi spastiche ereditarie
- Sindrome post-polio
- Malattia di Kennedy
- Deficit di esosaminidasi A

per quanto riguarda l'individuazione della fase avanzata della malattia

Presenza di almeno uno dei seguenti criteri

- ventilazione invasiva o non invasiva sub-continua >18h
- perdita del linguaggio comprensibile con perdita completa dell'uso degli arti superiori
- perdita del linguaggio comprensibile con perdita completa della funzione deambulatoria

Oppure presenza di tre dei seguenti criteri

- ventilazione non invasiva intermittente e/o notturna
- perdita del linguaggio comprensibile
- perdita sub-completa della funzione deambulatoria autonoma o necessità di assistenza sub-continua nella cura della persona
- alimentazione enterale adiuvata.

Gli interventi volti ad assicurare la vita indipendente e l'inclusione nella società delle persone con disabilità, sono regolati secondo due diverse modalità diversificate se trattasi degli interventi finanziati ordinariamente con risorse regionali, ovvero degli interventi a valere sulle risorse del FNA nazionale destinato alla Vita indipendente.

I criteri generali di accesso sono:

- la maggiore età
- la condizione di disabilità non determinata dal naturale invecchiamento o da patologie connesse alla senilità
- la certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3, comma 3, della legge 104/92
- la residenza sul territorio dell'ambito presso il quale è presentato il progetto.

Nel caso degli interventi finanziati a valere sul Fondo regionale, il decreto dirigenziale n. 1024 del 20 marzo 2012 ha approvato la modulistica per la presentazione del proprio progetto di vita indipendente da parte della persona e per la presa in carico e valutazione da parte della UVMD; il criterio principe è la capacità di conseguire obiettivi di vita indipendente e l'autodeterminazione della persona, che può presentare il proprio progetto di vita indipendente in qualunque momento dell'anno.

Le dimensioni valutate sono le seguenti:

- livello di gravità funzionale, intesa come limitazione dell'autonomia personale nello svolgimento delle funzioni della vita quotidiana e di tutte quelle azioni che la persona con disabilità non può svolgere direttamente;
- supporto della rete sociale, inteso come possibilità di fruire del sostegno della rete familiare, privata, del vicinato e del volontariato per lo svolgimento delle attività quotidiane, compresa la composizione del nucleo convivente e la presenza di un caregiver;
- condizione abitativa e ambientale, anche in termini di barriere fisiche o collocazione in luogo isolato e non servito da mezzi pubblici;
- condizione economica, ai soli fini di completezza informativa e non quale criterio di accesso o graduazione del contributo, in termini di ISEE e indennità di accompagnamento;
- tipologia degli obiettivi di vita indipendente richiesti dalla persona e coerenza con la possibile realizzazione.

Nel caso degli interventi a valere sulle risorse nazionali del FNA, con delibera della Giunta Regionale n. 814/2020, modificata con delibera della Giunta Regionale n. 1178/2020, sono state destinate le risorse del FNA per il triennio 2019-2021 alle progettualità di vita indipendente, attraverso l'intervento denominato "In Aut - Intervento per l'indipendenza e l'autonomia". I decreti dirigenziali n. 13315/2020 e n. 11631/2021 hanno messo a disposizione dei territori un fac-simile di bando/ avviso pubblico e un fac-simile di modulo di domanda, prevedendo che ciascuna zona distretto/ Società della Salute pubblici annualmente un proprio bando/ avviso per la presentazione dei progetti di vita indipendente redatti direttamente dalle persone con disabilità.

Il progetto presentato può avere una durata massima di 12 mesi e deve essere finalizzato al conseguimento di determinati obiettivi: sostegno a percorso universitario o formativo, percorsi di start up lavorative o sostegno al lavoro dipendente, supporto all'abitare in autonomia o a percorsi di deistituzionalizzazione, supporto alla genitorialità e alla vita domiciliare, allo sport o al tempo libero. Ciascun progetto è valutato dalla UVMd dell'ambito di residenza della persona, affinché sia garantito il governo della presa in carico, aldi là della assegnazione del contributo a sostegno del progetto stesso. Il contributo può finanziare interventi per le spese di contrattualizzazione dell'assistente personale, spese di vitto, alloggio, affitto e utenze per l'housing o il cohousing, spese di trasporto.

E' sostenuta la continuità dei sostegni alle progettualità attraverso l'assegnazione di un punteggio aggiuntivo a coloro che hanno avuto il finanziamento sul bando dell'annualità precedente.

Le procedure valutative per le persone non autosufficienti anziane sono state approvate con i decreti dirigenziali n. 1354/2010 e 2259/2012. Come già definito nell'atto di cornice del percorso di presa in carico della persona non autosufficiente, la delibera della Giunta Regionale n. 370/2010, esse, nella prospettiva della classificazione ICF, indagano gli ambiti clinico-funzionale, cognitivo-comportamentale e socio-ambientale-relazionale e, sulla base della combinazione dei risultati delle singole schede e scale, determinano la valutazione multidimensionale del bisogno, finalizzata a definire il più appropriato Progetto assistenziale personalizzato (PAP).

Le procedure di valutazione del bisogno comprendono le seguenti schede:

- Scheda Segnalazione - Accesso
- Scheda dipendenza nelle attività di base della vita quotidiana (BADL)
- Scheda Attività strumentali della vita quotidiana (IADL)
- Scheda clinica
- Scheda infermieristica
- Scheda Test Pfeiffer
- Scheda disturbi del comportamento
- Scheda disturbi dell'umore
- Scheda di valutazione sociale
- Scheda caregiver Burden Inventory (CBI)
- Scheda P.A.P.

Le procedure valutative delle condizioni di bisogno della persona anziana non autosufficiente, non certificano l'autosufficienza o la non autosufficienza, ma configurano una situazione di "gravità" per la quale i servizi socio-sanitari territoriali si impegnano ad intervenire con certezza e appropriatezza, attraverso la quantificazione del bisogno e l'identificazione di livelli di gravità.

### **Revisione e omogeneizzazione dei Regolamenti degli ambiti territoriali di accesso ai servizi sociosanitari**

Il sistema integrato di interventi e servizi sociosanitari non può prescindere da un metodo unitario, condiviso e coordinato che orienti gli attori locali sociali e sanitari, ad organizzare le risposte in modo congiunto, in termini di servizi multidimensionali e integrati e con l'obiettivo comune di garantire livelli essenziali di assistenza e protezione.

Il modello regionale, fondato sul carattere universalistico dell'assistenza, riconosce alla persona non autosufficiente il diritto alla garanzia della prestazione sociosanitaria appropriata, rafforzando ed estendendo il diritto di cittadinanza.

Al fine di garantire omogeneità, coerenza ed equità ai cittadini, salvaguardando allo stesso tempo le specificità territoriali e le diverse esigenze organizzative, con la delibera della Giunta Regionale n. 1119/2021, sono state approvate le "Indicazioni per la predisposizione dei regolamenti di accesso ai servizi socio-sanitari per l'area della non autosufficienza e della disabilità".

Sulla base delle indicazioni e disposizioni fornite, le Zone distretto e le Società della Salute hanno in corso l'aggiornamento degli strumenti normativi territoriali nell'ottica di una maggiore omogeneità e coerenza nel recepimento degli indirizzi nazionali e regionali. Regione Toscana da parte sua opera un'azione di monitoraggio e verifica degli aggiornamenti richiesti.

### **3. La descrizione degli interventi e dei servizi programmati**

**3.1** *L'articolo 1, comma 162 prevede che "Fermo restando quanto previsto dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, i servizi socio-assistenziali volti a promuovere la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, comprese le nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, sono erogati dagli ATS, nelle seguenti aree:*

*a) assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono supporto nello svolgimento delle attività fondamentali della vita quotidiana caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo anche ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria soluzioni abitative, anche in coerenza con la programmazione degli interventi del PNRR, mediante ricorso a nuove forme di coabitazione solidale delle persone anziane, rafforzamento degli interventi delle reti di prossimità intergenerazionale e tra persone anziane, adattamenti dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscono la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio, compresi i servizi di telesoccorso e teleassistenza;*

#### **Interventi di adattamento domestico per il sostegno della domiciliarità**

All'interno dei servizi di assistenza domiciliare sociale, integrata con i servizi sanitari, è incrementato l'intervento per l'adattamento dell'abitazione alle esigenze della persona con soluzioni domotiche e tecnologiche che favoriscano la continuità delle relazioni personali e sociali a domicilio.

A seguito della sperimentazione, avviata nel 2014 in due Società della Salute, con la Delibera n. 1446 del 17 dicembre 2018 sono state approvate le indicazioni per gli interventi di adattamento domestico per il sostegno della domiciliarità dedicato a persone non autosufficienti e con disabilità. Successivamente, in collaborazione con il Dipartimento di Architettura dell'Università di Firenze è stato definito il Protocollo valutativo a sua volta approvato con delibera della Giunta Regionale n. 1055/2021, assieme a tutti gli altri strumenti a supporto delle UVM.

Gli architetti, in equipe con le UVM/ UVM, effettuano il sopralluogo presso il domicilio della persona e redigono la consulenza di adattamento domestico. La persona può richiedere il contributo per il supporto alle spese di adattamento.

Il Centro Regionale Accessibilità (CRA) garantisce il supporto tecnico-organizzativo alle zone distretto e Società della Salute, per quanto attiene la gestione dei rapporti con i professionisti esperti di accessibilità, messi a disposizione, al bisogno, da parte del CRA. Gli interventi possibili riguardano le opere edilizie, gli arredi e le attrezzature, le tecnologie assistive e quelle tecnologie per l'accessibilità e l'automazione dell'ambiente.

*b) servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali: il pronto intervento per le emergenze temporanee, diurne e notturne, gestito da personale qualificato; un servizio di sostituzione temporanea degli assistenti familiari in occasione di ferie, malattia e maternità; l'attivazione e l'organizzazione mirata dell'aiuto alle famiglie valorizzando la collaborazione volontaria delle risorse informali di prossimità e quella degli enti del Terzo settore anche mediante gli strumenti di programmazione e progettazione partecipata secondo quanto previsto dal codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, nonché sulla base delle esperienze di prevenzione, di solidarietà intergenerazionale e di volontariato locali; frequenza centri diurni e semiresidenziali.*

### **Servizio di sostegno rivolto alla persona anziana fragile**

E' prevista l'attivazione di un numero unico a livello regionale dedicato alla famiglia con anziano convivente o all'anziano che vive da solo per segnalare il proprio disagio. Successivamente a tale segnalazione segue la presa in carico dell'anziano e l'attivazione, nelle successive 24H massimo 48H, di un intervento di supporto e tutoraggio.

Un operatore dedicato interviene direttamente presso l'abitazione della famiglia della persona anziana e/o attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie (per esempio video-chiamata), garantendo un adeguato punto di riferimento per avere informazioni sui percorsi socio-assistenziali e un sostegno economico per l'attivazione di un rapporto di assistenza familiare con un assistente familiare. Il sostegno economico è garantito con risorse regionali, attraverso l'attivazione del libretto famiglia per il lavoro occasionale accessorio, per un importo di 300 euro una tantum, pari alla copertura di massimo 30 ore di assistenza familiare prestata da un assistente familiare accreditato, da utilizzare per le prime necessità, ad esclusione del coniuge e dei parenti/affini entro il I grado.

L'operatore dedicato supporta la persona anziana e la famiglia anche nelle procedure on-line di INPS, per quel che riguarda l'attivazione di un rapporto di lavoro con l'assistente familiare ed fornisce inoltre un tutoraggio per aiutare la famiglia e l'assistente familiare nelle prime fasi dell'attivazione del rapporto stesso. L'acquisizione anticipata dei libretti famiglia sarà effettuata da parte della Regione direttamente con INPS attraverso apposito atto convenzionale.

Il libretto famiglia è regolato dall'art. 54 bis della legge n. 96 del 21 giugno 2017 di conversione del decreto-legge 24 aprile 2017, n. 50, e la sua attivazione può essere effettuata dagli utilizzatori, dai prestatori, dai patronati (legge 30 marzo 2001, n. 152) e dagli intermediari (legge 11 gennaio 1979, n. 12) muniti di apposita delega. L'operatore dedicato assiste pertanto la famiglia nella procedura telematica di INPS relativamente all'attivazione del rapporto di assistenza familiare attraverso i libretti famiglia. Si conferma e si assicura inoltre, per tutta la durata di valenza dello stesso e per l'intero territorio regionale, l'attività di accreditamento degli operatori individuali (assistenti familiari), disciplinato dalla l.r. 82/2009 e s.m.i. coinvolti nell'ambito del suddetto intervento.

Per l'attivazione dell'intervento "Servizi sociali di sollievo - Pronto Badante", di durata triennale, gli ambiti territoriali dovranno predisporre una manifestazione di interesse per l'individuazione di un soggetto del Terzo settore, di cui all'art. 4 del Codice del Terzo settore compreso gli enti di patronato, con sede operativa all'interno del territorio della Regione Toscana.

Alle Zone distretto/Società della Salute è garantita la possibilità di assumere, per le tre annualità di vigenza del piano, un'unità amministrativa a tempo determinato, che supporterà gli uffici preposti nelle procedure di selezione per l'individuazione del soggetto da incaricare, nei rapporti con il soggetto incaricato, con il competente Settore della Regione Toscana e con il soggetto gestore dell'azione "Coordinamento regionale", della rendicontazione degli interventi e delle risorse, attraverso gli strumenti messi a disposizione dalla Regione.

La Regione Toscana assicura l'attivazione dell'azione "Coordinamento regionale", in concomitanza con la manifestazione di interesse garantita da ciascun ambito territoriale, finalizzata a garantire la gestione della linea telefonica dedicata a livello regionale ed il raccordo ed omogeneizzazione degli interventi in tutto il territorio toscano in stretta collaborazione con gli ambiti territoriali e i singoli capofila individuati con la manifestazione di interesse sopra richiamata. Per la realizzazione di tale attività è prevista la predisposizione di apposito bando regionale rivolto a soggetti del Terzo settore. I soggetti beneficiari sono gli anziani conviventi in famiglia o gli anziani che vivono da soli che rientrano nelle seguenti condizioni: età uguale o superiore a 65 anni, la cui condizione di difficoltà si manifesta nel periodo di validità del presente intervento; residenza in Toscana; non avere un progetto di assistenza personalizzato (PAP), con interventi già attivati da parte dei servizi territoriali, rientrante nel sistema per la non-autosufficienza, di cui alla l.r. 66/2008.

Per accedere al servizio non è richiesta l'attestazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE).

c) servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie, quali la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con i Centri per l'impiego del territorio, e l'assistenza gestionale, legale e amministrativa alle famiglie per l'espletamento di adempimenti.

### **La rete integrata di servizi per le famiglie e gli assistenti familiari accreditati**

E' prevista la messa a disposizione di strumenti qualificati per favorire l'incontro tra la domanda e l'offerta di lavoro degli assistenti familiari, in collaborazione con l'Agenzia Regionale Toscana per l'Impiego (ARTI) e tramite i Centri per l'impiego, che garantiscono l'attività di orientamento e informazione sul servizio e l'avvio delle procedure di incontro domanda/offerta di lavoro attraverso l'utilizzo degli elenchi degli operatori accreditati messi a disposizione dai Comuni. L'obiettivo è far diventare i Centri per l'impiego il punto di riferimento per le famiglie e gli assistenti familiari. L'intervento è destinato alle persone in condizione di disabilità gravissima e agli anziani non autosufficienti.

*Descrivere gli interventi previsti distinguendo quelli per le persone in condizione di disabilità gravissima e quelli per anziani non autosufficienti mettendo in evidenza le modalità di realizzazione dei LEPS di erogazione dei servizi di cui alle lettere a-b-c del comma appena citato.*

*L'art.1, comma 164 prevede che "gli ATS garantiscono l'offerta dei servizi e degli interventi di cui alle aree individuate al comma 162. L'offerta può essere integrata da contributi, diversi dall'indennità di accompagnamento di cui alla legge 11 febbraio 1980, n. 18, per il sostegno della domiciliarità e dell'autonomia personale delle persone anziane non autosufficienti e il supporto ai familiari che partecipano all'assistenza. Tali contributi sono utilizzabili esclusivamente per remunerare il lavoro di cura svolto da operatori titolari di rapporto di lavoro conforme ai contratti collettivi nazionali di settore di cui all'articolo 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, o per l'acquisto di servizi forniti da imprese qualificate nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.*

*Descrivere gli interventi previsti.*

### **3.2 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima**

Gli interventi previsti per le persone con disabilità gravissima sono condizionati all'ISEE, le soglie di accesso non possono essere inferiori a 50.000 euro, accresciuti a accresciuti a 65 mila in caso di beneficiari minorenni, dove l'ISEE da utilizzare è quello per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria.

Gli interventi e le prestazioni previste a valere sul FNA per le persone con disabilità gravissima non sono sostitutivi o compensativi, ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari. Le attività previste fanno tutte riferimento ad interventi centrati sulla persona con disabilità gravissima, per favorirne la domiciliarità e le spese ammissibili sono esclusivamente quelle a copertura dei costi di rilevanza sociale.

Non rientrano in tale ambito di finanziamento gli interventi gestiti in strutture di accoglienza residenziale o semiresidenziale e tutte le prestazioni sanitarie assicurate all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Gli enti gestori del FNA (Aziende USL, zone distretto, Società della Salute) possono integrare con risorse proprie o con risorse provenienti da altri soggetti, la copertura finanziaria per la realizzazione dei singoli interventi.

#### **3.2.1 Assegno di cura e per l'autonomia**

*Articolo 1, comma 164 della legge di bilancio 234/2021.*

*L'assegno per l'autonomia deve essere previsto tra gli interventi del PAI e predisposto dall'équipe multidisciplinare. Si inserisce infatti, in un quadro più generale di valutazione multidimensionale del bisogno e di progettazione personalizzata, in cui può ritenersi appropriato erogare assistenza in forma indiretta;*

- può essere modulato sulla base di altri servizi inclusi nel progetto personalizzato (ad esempio, la frequenza di centri diurni);*
- essere ancorato ad un bisogno di sostegno inteso come assistenza personale;*
- in assenza di altri servizi, prevedere un trasferimento di almeno 400 euro mensili per 12 mensilità;*
- nel corso del triennio, le erogazioni debbono essere progressivamente, sottoposte a rendicontazione o possono essere previsti trasferimenti nella forma di voucher o buoni per l'acquisto di servizi.*

*Descrivere l'intervento previsto specificando i punti di cui sopra.*

*Evidenziare in particolare i criteri in base ai quali identificare le priorità nell'accesso in caso di risorse non sufficienti, rispetto al livello minimo.*

La delibera della Giunta Regionale n. 680 del 13 giugno 2022, già richiamata, ha recentemente aggiornato le "Linee di indirizzo per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le Non Autosufficienze destinato alle disabilità gravissime". Il documento individua i beneficiari, i criteri di accesso e gli interventi a sostegno dei percorsi domiciliari e le modalità di erogazione e gestione dei contributi previsti, in coerenza con il DM 26 settembre 2016. Questo intervento rientra comunque all'interno del paniere di prestazioni e servizi erogati a seguito di presa in carico della persona, valutazione del bisogno, predisposizione del profilo di funzionamento e del progetto di vita da parte della UVMD.

Le risorse, come monitorato nel triennio 2019-2021, sono in larga parte dedicate alla assegnazione di un contributo economico finalizzato all'assunzione di uno o più assistenti personali, a seguito di presentazione del relativo contratto di lavoro.

Il contributo va da un minimo di 900,00 a un massimo di 1.200,00 euro mensili, in relazione al livello di complessità assistenziale, stabilito in sede di valutazione dalla UVMD e può essere modulato in presenza di altre tipologie di servizi e prestazioni previste nel progetto di vita (es. frequenza di un centro diurno), nonché anche sulla base delle risorse complessive disponibili per tale tipologia di intervento.

La soglia di reddito per l'ammissibilità al contributo economico è un valore ISEE per le prestazioni agevolate di natura sociosanitaria non superiore a 60.000,00 euro.

Considerata la numerosità della platea potenziale e al fine di garantire i principi di equità e universalità di accesso alle prestazioni, questo tipo di intervento non è compatibile con altri contributi economici erogati con le medesime finalità di sostegno alla permanenza al domicilio della persona con disabilità gravissima. In caso di ricovero della persona in una struttura sanitaria o sociosanitaria, l'erogazione del contributo è sospesa; può essere fatta eccezione per ricoveri di breve periodo (comunque non superiori a 60 giorni).

Gli eventuali criteri di priorità per l'accesso al contributo sono valutati, caso per caso, dalle UVMD sulla base di una valutazione multidimensionale della condizione di bisogno della persona.

Per quanto attiene specificatamente le persone affette da SLA o malattie dei motoneuroni, per le quali è possibile prevedere un percorso assistenziale domiciliare, il contributo è pari a 1.650,00 euro mensili ed è destinato a sostenere la spesa per uno o più assistenti personali, con regolare contratto di lavoro.

### **3.2.2 Gli altri interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima: assistenza domiciliare e interventi complementari (ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali)**

*Descrivere gli interventi eventualmente previsti e il modo in cui si integrano con l'assegno di cura e per l'autonomia.*

Al fine di sostenere percorsi domiciliari attivati per persone con disabilità gravissima, è possibile prevedere all'interno del progetto di vita della persona anche le seguenti tipologie di interventi:

- assistenza domiciliare diretta, in termini di ore di assistenza alla persona e supporto alla famiglia. Si tratta di ore di assistenza aggiuntive rispetto a quanto previsto nel progetto di vita della persona e relative ai LEA. Il servizio è regolamentato sulla base dei regolamenti zonali di accesso ai servizi e compartecipazione alle prestazioni.
- ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie, per periodi concordati con la persona e/o la famiglia e nella misura in cui gli stessi siano effettivamente complementari al percorso domiciliare. Il FNA è utilizzato a copertura della sola quota di parte sociale.

### **3.3 Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave: anche nella forma di trasferimenti monetari purché inseriti nel progetto personalizzato.**

*Descrivere gli interventi previsti.*

L'art. 7 della L.R. 66/2008, definisce all'interno delle aree (domiciliare, semiresidenziale e residenziale) la diversa articolazione delle tipologie di intervento.

Fermo restando la necessità di garantire la circolarità e la flessibilità degli interventi, sinteticamente gli stessi possono essere suddivisi in 3 Aree di intervento.

1. Per l'area della domiciliarietà gli interventi si riferiscono:
  - agli interventi domiciliari sociali e sociosanitari forniti in forma diretta dal servizio pubblico (assistenza domiciliare sociosanitaria e integrata);
  - agli interventi domiciliari in forma indiretta o tramite titoli per l'acquisto di servizi, che saranno disciplinati dopo l'adozione delle procedure di accreditamento, o tramite il sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia che si avvale di figure di assistenza regolarmente assunte, o tramite il sostegno della famiglia che si assume in proprio il carico assistenziale verso persone non autosufficienti con gravi forme di demenza senile.
2. Per l'area della semiresidenzialità gli interventi si riferiscono ad inserimenti nei centri diurni.
3. Per l'area della residenzialità gli interventi si riferiscono agli inserimenti temporanei o di sollievo nelle RSA e agli inserimenti permanenti in RSA.

#### 4. La programmazione delle risorse finanziarie per la realizzazione dei LEPS di erogazione di cui al comma 162 e al comma 164

##### Annualità 2022

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione			Persone Non Autosufficienti		Persone con Disabilità	
			Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale	Gravissime	Gravi
LEPS di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)	8.156.500,00		1.381.825,00	
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)		2.920.000,00		
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)	100.000,00			100.000,00
	Contributi	L. 234/2021 Comma 164	15.000.000,00		26.254.675,00	
LEPS di Processo	Percorso Assistenziale Integrato	L. 234/2021 Comma 163	Accesso			
			Prima Valutazione			
			Valutazione Complessa			
			PAI			
			Monitoraggio			
Azioni di Supporto	Capacitazione ATS	L. 234/2021 Comma 166				
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166				

##### Annualità 2023

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione			Persone Non Autosufficienti		Persone con Disabilità	
			Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale	Gravissime	Gravi
LEPS di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)	8.972.150,00		1.405.150,00	
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)		3.212.000,00		
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)	110.000,00			110.000,00
	Contributi	L. 234/2021 Comma 164	14.338.850,00		26.697.850,00	
LEPS di Processo	Percorso Assistenziale Integrato	L. 234/2021 Comma 163	Accesso			
			Prima Valutazione			
			Valutazione Complessa			
			PAI			
			Monitoraggio			
Azioni di Supporto	Capacitazione ATS	L. 234/2021 Comma 166				
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166				

Annualità 2024

PNNA 2022-2024 Matrice di Programmazione			Persone Non Autosufficienti		Persone con Disabilità	
			Alto bisogno assistenziale	Basso bisogno assistenziale	Gravissime	Gravi
LEPS di Erogazione	Assistenza domiciliare sociale. Assistenza sociale integrata con i servizi sanitari	L. 234/2021 Comma 162 Lettera a)	9.787.800,00		1.489.910,00	
	Servizi sociali di sollievo	L. 234/2021 Comma 162 Lettera b)		3.504.000,00		
	Servizi sociali di supporto	L. 234/2021 Comma 162 Lettera c)	120.000,00			120.000,00
	Contributi	L. 234/2021 Comma 164	14.906.700,00		28.308.590,00	
LEPS di Processo	Percorso Assistenziale Integrato	L. 234/2021 Comma 163	Accesso			
			Prima Valutazione			
			Valutazione Complessa			
			PAI			
			Monitoraggio			
Azioni di Supporto	Capacitazione ATS	L. 234/2021 Comma 166				
	Attività di formazione	L. 234/2021 Comma 166				

Le regioni utilizzano le risorse secondo quanto previsto dall'art.1.co.168, della legge 234/21 al fine di garantire anche interventi a favore di persone anziane non autosufficienti con alto bisogno assistenziale e/o persone con disabilità gravissima.

## 5. Il monitoraggio degli interventi

Descrivere il sistema di monitoraggio dei flussi finanziari, dei trasferimenti effettuati, del numero dei beneficiari e delle diverse tipologie d'intervento.

Nel rispetto dell'impegno chiesto alle Regioni a monitorare e rendicontare al Ministero gli interventi programmati a valere sulle risorse loro destinate, come previsto dall'art. 3 del DPCM 3 ottobre 2022, secondo le modalità dell'allegato C "Monitoraggio dei flussi finanziari, allegato D "Rendicontazione sull'utilizzo delle risorse", E "Beneficiari degli interventi" e F "Costituzione/Rafforzamento dei PUA", i dati in merito all'attuazione di quanto previsto dal presente Piano sono raccolti come di seguito indicato.

Le risorse assegnate agli ambiti territoriali destinate alle persone anziane non autosufficienti, sono monitorate attraverso MoniToscana, un applicativo di Regione Toscana che permette la gestione e il monitoraggio del ciclo di vita di un progetto considerandone sia gli aspetti temporali di attuazione che quelli economici e permettendone la gestione delle diverse fonti (Regionali, Sanitarie, Nazionali, UE ecc). Il monitoraggio delle risorse assegnate a ciascun ambito territoriale viene effettuato al 31 marzo, 30 giugno, 30 settembre e 31 dicembre di ciascun anno. Al termine dell'anno gli ambiti territoriali autocertificano, tramite un report elaborato dall'applicativo regionale, le risorse utilizzate e il numero delle persone prese in carico per ciascuna tipologia di intervento di cui all'art. 7 della L.R. 66/2008.

Per quanto attiene le disabilità gravissime, come individuate all'art. 3, comma 2 del DM 26 settembre 2016, viene effettuato un monitoraggio annuale, comprensivo di rendicontazione della spesa, in ciascun ambito territoriale sui seguenti parametri:

- numero dei beneficiari suddiviso per ciascuna tipologia di disabilità gravissima;
- numero dei beneficiari suddiviso per fascia di età e sesso;
- data inizio e data fine erogazione (nel periodo di riferimento) per ciascun beneficiario;
- spesa programmata ed effettiva (nel periodo di riferimento) per ciascun beneficiario.

Per quanto attiene le persone affette da SLA e più in generale da malattie dei motoneuroni, sono individuate con delibera della Giunta Regionale n. 721/2009 e con decreti dirigenziale n. 5725/ 2009 e n. 8064/2021 già richiamati, viene effettuata la rendicontazione annuale della spesa per ciascuna delle tre Aziende USL destinatarie delle risorse (ripartite successivamente per ciascun ambito territoriale), nonché un monitoraggio sulla incidenza e prevalenza dei casi di SLA sul territorio; in particolare sono monitorati i seguenti parametri:

- numero dei beneficiari suddiviso per fascia di età e sesso;
- numero nuovi casi nell'anno di monitoraggio;
- numero casi con contributo interrotto nell'anno di monitoraggio;
- numero di casi con contributo al 31/12 dell'anno di monitoraggio;
- spesa complessiva nell'anno per ciascuna zona distretto.

Per quanto attiene i beneficiari delle risorse destinate ai progetti di vita indipendente, sostenuti con risorse regionali e con le risorse a valere sul FNA, è effettuata annualmente una rendicontazione dettagliata della spesa.

In particolare per ciascun beneficiario sono monitorati i seguenti parametri:

- numero dei beneficiari suddiviso per fascia di età e sesso;
- importo mensile richiesto e importo mensile assegnato;
- importo complessivo annuale assegnato;
- data inizio e data fine erogazione contributo;
- importo complessivo liquidato nell'anno di monitoraggio;
- spesa a valere sulle diverse aree di intervento.

Per quanto attiene la costituzione/ rafforzamento dei PUA il monitoraggio è effettuato annualmente attraverso la richiesta agli ambiti dei dati relativi al personale assunto e alla tipologia di professionalità.

**6. Le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di Vita indipendente"**

La Giunta Regionale, come già previsto nel precedente piano triennale, coinvolge tutti gli ambiti territoriali nei percorsi di implementazione dei Progetti di Vita indipendente tramite risorse del FNA, attraverso l'intervento denominato In-Aut (Indipendenza e Autonomia). Queste progettualità sono aggiuntive a quelle finanziate con i fondi regionali e, relativamente al target di persone cui sono dedicate, hanno l'obiettivo principale di coinvolgere quanto più possibile persone di giovane età.

Coerentemente alle Linee di indirizzo ministeriali emanate per il precedente triennio, sono assegnate agli ambiti risorse pari a 80.000 euro e previsto un cofinanziamento pari almeno al 20% del totale progettuale (pari pertanto a 100.000 euro per ciascuna annualità).

Le risorse sono messe a disposizione tramite bandi/avvisi pubblici pubblicati annualmente da ciascun ambito.

Risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente			
Annualità	Risorse FNA	Co-Finanziamento	Totale
2022	2.240.000,00	560.000,00	2.800.000,00
2023	2.240.000,00	560.000,00	2.800.000,00
2024	2.240.000,00	560.000,00	2.800.000,00
Indicazione n. Ambiti aderenti			
n. 28			
Denominazione Ambiti Territoriali aderenti			
1. Lunigiana			
2. Apuane			
3. Valle del Serchio			
4. Piana di Lucca			
5. Alta Val di Cecina – Val d'Era			
6. Pisana			
7. Bassa Val di Cecina – Val di Cornia			
8. Elba			
9. Livornese			
10. Versilia			
11. Val di Nievole			
12. Pistoiese			
13. Pratese			
14. Firenze			
15. Fiorentina Nord Ovest			
16. Fiorentina Sud Est			
17. Mugello			
18. Empolese – Valdarno Inferiore			
19. Alta Val d'Elsa			
20. Amiata senese e Val d'Orcia – Valdichiana senese			
21. Senese			
22. Aretina			
23. Casentino			
24. Valtiberina			
25. Valdarno			
26. Val di Chiana aretina			
27. Colline dell'Albegna			
28. Amiata grossetana – Colline Metallifere - Grossetana			