

DELIBERAZIONE 18 maggio 2020, n. 618

Approvazione, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, del DPCM 21 novembre 2019, del Piano regionale per la non autosufficienza - triennio 2019-2021.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del Servizio Sanitario Regionale e successive modifiche, che detta i principi e le regole di funzionamento e di accesso al sistema sanitario nella Regione Toscana;

Vista la Legge Regionale 24 febbraio 2005 n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" e successive modifiche, che detta i principi del sistema sociale integrato e le politiche per le persone a rischio di esclusione sociale;

Vista la L.R. n. 66 del 18 dicembre 2008 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza";

Visto il PSSIR 2018-2020, approvato con deliberazione del Consiglio Regionale n. 73 del 9 ottobre 2019;

Vista la Delibera della Giunta Regionale n. 273 del 2 marzo 2020 "Determinazioni in merito alle azioni per l'attuazione del PSSIR 2018-2020", ed in particolare le schede:

- n. 28 "Il progetto di vita: partecipazione, inclusione e servizi di prossimità"
- n. 29 "La persona con demenza: implementazione di strategie e interventi per l'appropriatezza delle cure"
- n. 30 "Il consolidamento della rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone anziane non autosufficienti";

Visto il DPCM 21 novembre 2019 che adotta il Piano nazionale per la non autosufficienza, relativo al triennio 2019-2021 e assegna alla Regione Toscana risorse complessive pari ad € 119.917.000,00;

Visto il Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 37 del 23 marzo 2020, registrato dalla Corte dei Conti il 15 aprile u.s. al numero 867, che assegna ulteriori risorse pari ad € 3.500.000,00, ad integrazione del Fondo nazionale per le non autosufficienze per l'anno 2020;

Dato atto che l'art. 1, comma 3 del DPCM suddetto prevede che, sulla base delle indicazioni programmatiche del Piano nazionale, valorizzando il confronto con le autonomie locali e favorendo la consultazione delle parti sociali e degli enti del Terzo settore, le regioni adottino

un Piano regionale per la non autosufficienza, a valere sulle risorse previste;

Vista la comunicazione del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 5 febbraio 2020, prot. n. 845, con la quale si comunica che, così come previsto dall'articolo 1, comma 5, del suddetto DPCM, occorre trasmettere il Piano regionale per la non autosufficienza ovvero altro atto di programmazione regionale, entro novanta giorni dalla medesima comunicazione;

Vista altresì la comunicazione del 16 aprile 2020, Prot. n. 3139, con la quale in considerazione della situazione connessa all'emergenza epidemiologica da COVID-19, in deroga alle scadenze previste per la presentazione del Piano regionale per la non autosufficienza si comunica che la data di scadenza per l'invio delle programmazioni è prorogata al 5 giugno 2020;

Dato atto che le risorse finanziarie previste nel triennio 2019-2021 per l'attuazione del presente piano ammontano complessivamente ad € 266.452.675,00 di cui:

- € 123.417.000,00, risorse statali, provenienti dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali;
- € 141.040.175,00, risorse regionali;
- € 1.995.500,00, risorse degli ambiti territoriali;

Considerato che per le annualità 2019-2020, con gli atti di giunta n. 1472/2018, n. 1593/2019, n. 382/2020 e n. 389/2020, sono già state assegnate agli ambiti territoriali risorse complessive pari ad € 134.395.245,40 di cui:

- € 41.483.570,40, risorse statali, provenienti dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali;
- € 92.911.675,00, risorse regionali;

Preso atto che il Piano regionale individua in particolare, su base triennale, gli specifici interventi e servizi per la non autosufficienza finanziabili a valere sul Fondo per le non autosufficienze di cui all'articolo 2 del suddetto DPCM, indicando:

- a) il quadro di contesto e le modalità di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria;
- b) le modalità di individuazione dei beneficiari;
- c) la descrizione degli interventi e dei servizi programmati e, in particolare, le caratteristiche dell'assegno di cura per l'autonomia in favore delle persone con disabilità gravissima;
- d) la programmazione delle risorse finanziarie;
- e) le modalità di monitoraggio degli interventi;
- f) le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di Vita indipendente";

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare, per le motivazioni espresse in narrativa, il Piano regionale per la non autosufficienza triennio 2019-2021, allegato 1) al presente atto che ne costituisce parte integrante e sostanziale;

2. di trasmettere al Ministero del Lavoro e delle politiche Sociali la scheda n. 8 del Piano regionale per la non autosufficienza triennio 2019-2021, redatta con gli elementi richiesti e le indicazioni fornite dall'allegato B) al DPCM 21/11/2019;

3. di dare atto che la suddetta scheda è stata oggetto di consultazione con il tavolo stabile di confronto con i Coordinamenti e le Federazioni delle Associazioni delle persone con disabilità e dei loro familiari oltre che con le organizzazioni sindacali dei pensionati (SPI-Cgil, FNP-Cisl e Uil-Pensionati) e con ANCI Toscana;

4. di demandare al competente Settore della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale, al fine dell'attuazione annuale del Piano, la predisposizione di tutti gli atti necessari per l'assegnazione delle risorse agli ambiti territoriali, il monitoraggio degli interventi e la definizione delle linee guida per la realizzazione degli interventi.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul BURT ai sensi degli articoli 4, 5 e 5 bis della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell'art. 18 della L.R. 23/2007.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta

SEGUE ALLEGATO

Allegato 1

PIANO REGIONALE PER LA NON AUTOSUFFICIENZA 2019-2021

1. Premessa	
2. Il quadro conoscitivo	
2.1 La popolazione anziana	
2.2 Le persone con disabilità	
2.3 Le persone con demenza	
3. La visione strategica e gli obiettivi generali di Piano	
4. I percorsi e gli obiettivi di servizio	
4.1 La valutazione multidimensionale	
4.2 Progettazione personalizzata, progetti di vita e budget di salute	
5. Il percorso per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e le linee di intervento ...	
5.1 La linea di intervento per le persone anziane non autosufficienti	
5.2 La linea di intervento per le persone con demenza	
5.3 La linea di intervento per le persone con disabilità	
6. I Servizi Innovativi	
6.1 Strumenti e risorse per l'innovazione	
7. Le azioni di supporto	
7.1 Gli strumenti della comunicazione e della promozione sociale	
7.2. I sistemi informativi territoriali e regionali	
7.3 L'accreditamento istituzionale regionale per il sistema sociale integrato	
7.4 I percorsi formativi	
7.5 Il monitoraggio e la valutazione	
8. La scheda di piano (<i>redatta con gli elementi richiesti e le indicazioni fornite dall'Allegato B al DPCM 21/11/2019</i>)	
8.1 Il quadro di contesto	
8.2 L'integrazione socio-sanitaria	

1. Premessa

Il percorso di definizione e condivisione del Piano regionale per le Non Autosufficienze, così come era stato pianificato, è stato bruscamente interrotto dall'esplosione della condizione di emergenza dovuta all'epidemia Covid-19, che ha cambiato profondamente il senso stesso dello strumento. Il 2020 è iniziato con un evento globale dalle proporzioni smisurate, i cui effetti tragici si ripercuoteranno per molti anni a venire.

Dopo aver investito le strutture ospedaliere, l'ondata dei contagi ha colpito duramente le strutture residenziali per anziani portando dolore, paura e isolamento ma anche un importante impegno professionale e umano. Più in generale tutti i servizi sociosanitari sono stati soggetti al riordino delle attività, fino ad arrivare in alcuni casi al loro blocco temporaneo, secondo le disposizioni del Decreto-legge 18/2020 e delle Ordinanze del Presidente della Giunta Regionale 12/2020, 21/2020 e 28/2020.

È indubbio che la ripresa delle attività porterà ad una profonda rivisitazione degli assetti preesistenti che riguarderà anche i servizi sociosanitari dedicati alle persone non-autosufficienti, alle persone con disabilità, alle persone con demenze. Cambiamenti, modifiche, riorganizzazioni che vanno inserite nel quadro molto articolato del riassetto complessivo della sanità territoriale e del sociosanitario, che trova alcune prime linee di azione nel complesso delle ordinanze emanate dal Presidente della Giunta Regionale, da cui comincia ad emergere non solo la traccia di un percorso specifico dedicato al territorio con l'ausilio anche di innovazioni tecnologiche, ma anche il primissimo profilo di una possibile filiera assistenziale del territorio da sviluppare, articolare e completare progressivamente in futuro.

È ragionevole pensare che le ripercussioni dell'emergenza si manifesteranno nel medio-lungo termine: si apre dunque un periodo di riflessione, confronto, ricostruzione e cambiamento. Infatti, l'emergenza da Covid-19 ha richiesto una riorganizzazione dei reparti ospedalieri e della medicina territoriale, per far fronte all'ampio ventaglio dei bisogni posti dal Coronavirus e l'esigenza di contenere il contagio ha portato poi ad una rimodulazione, quando non alla sospensione, delle attività ambulatoriali e diagnostiche, che sono state limitate alle urgenze.

Lo stesso è accaduto per i servizi sociosanitari, per i quali è stata disposta la chiusura di alcuni servizi, come i centri diurni, e la modifica dei percorsi di accesso.

In questo quadro, è stata evidente la fragilità delle RSA, sia per la condizione dei residenti, di età avanzata e con patologie croniche, sia per la condizione del "sistema della residenzialità", che rende difficile contenere il rischio di contagio all'interno delle strutture.

L'attuale sistema RSA richiede una profonda innovazione, che deve essere perseguita preservando da un lato l'esistente, dall'altro ripensando il modello organizzativo basato su una articolazione "modulare" dei servizi. Un nuovo modello di RSA potrebbe prevedere una differenziazione delle strutture per tipologia di utenza e una riorganizzazione innovativa che preveda un adeguamento delle strutture ai nuovi bisogni degli assistiti, che hanno una crescente componente sanitaria.

L'emergenza da Covid-19 ha evidenziato l'efficacia di una maggiore collaborazione tra RSA e sanità territoriale. Al tempo stesso, è necessario che, all'interno delle RSA, cresca il livello di competenze in ambito sanitario, con particolare riferimento al tema del rischio clinico.

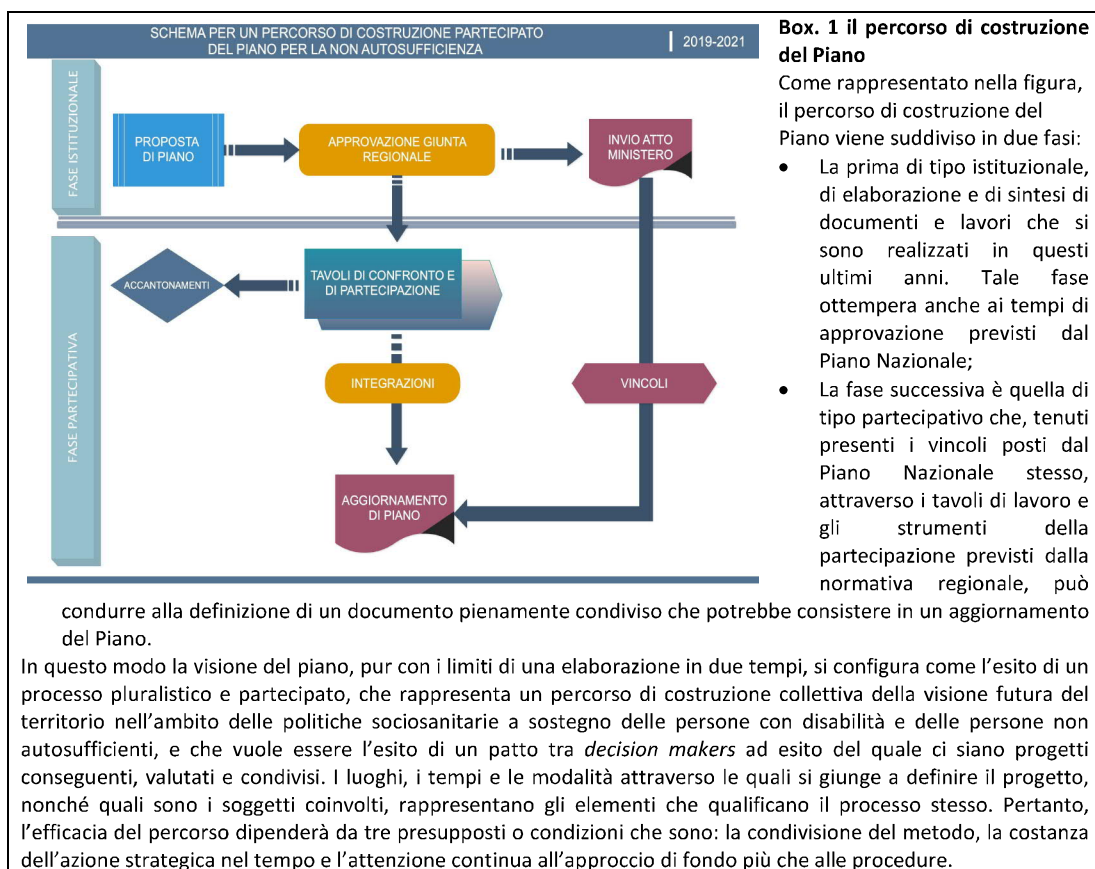
Il protrarsi della situazione epidemica ha imposto inoltre la necessità di potenziare meccanismi di continuità assistenziale dei pazienti cronici coerenti con le misure finalizzate al contenimento del contagio da Covid-19. In questa fase di emergenza si è reso necessario assicurare ai pazienti la disponibilità di assistenza sanitaria qualificata facendo ricorso a modalità di erogazione alternative alla presenza in ambulatorio del paziente come l'attività di televisita o di teleconsulto.

L'attuale situazione di emergenza sanitaria ha determinato anche una forte discontinuità negli interventi riabilitativi ambulatoriali e semiresidenziali a favore di persone con disabilità, con autismo e altri disturbi del neurosviluppo o disabilità intellettiva e quindi sono state attivate modalità di intervento alternative a quelle ordinariamente strutturate, anche tramite interventi di teleriabilitazione o di consulenza attiva nei confronti della persona con disabilità e dei suoi caregivers.

Fondamentale appare dunque pensare, in prospettiva, di strutturare a regime tali modalità operative in modo da agevolare le persone fragili (anziani con patologie croniche, persone con disabilità) nella fruizione dei servizi.

Per tutte queste ragioni la proposta di Piano regionale per le non autosufficienze è stata dunque ripensata per essere sviluppata in due diverse fasi. La prima fase ha raccolto le elaborazioni e le linee di azione precedenti all'epidemia Covid19, con lo scopo di individuare una struttura di programmazione regionale chiara e ben organizzata sull'esistente e offrire così un terreno sistematico per le future riorganizzazioni. La seconda fase, possibile solo quando saranno riprese almeno in parte le normali attività quotidiane secondo le nuove regole, vedrà un periodo organizzato, di confronto ed elaborazione, per costruire le azioni necessarie ai nuovi modelli di assistenza post-covid19.

Sarà un lavoro complesso e impegnativo da affrontare tutti insieme, per non rendere vano il sacrificio e l'impegno profuso dalle famiglie, dagli operatori e da tutte le organizzazioni coinvolte nell'emergenza. Un lavoro che potrà utilizzare lo schema e l'impianto di base di questo primo Piano regionale, per organizzare in modo sistematico e convergente le azioni di cambiamento su cui investiremo per il futuro.



L'esito del percorso dovrà quindi condurre ad un aggiornamento del Piano e, a livello di Zone distretto/Società della Salute, ad un documento zonale di pianificazione di settore che sia coordinato con la programmazione del Piano Integrato di Salute (PIS) e con i suoi aggiornamenti annuali della Programmazione Operativa Annuale (POA). Pertanto, il documento di pianificazione settoriale dovrà declinare, su base zonale, le indicazioni del presente Piano, in ordine alla realizzazione degli obiettivi generali e degli obiettivi di servizio.

2. Il quadro conoscitivo

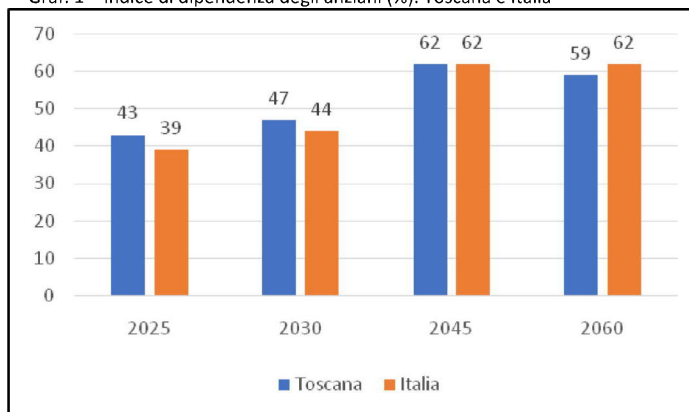
La presente sezione del documento persegue l'obiettivo di fornire un quadro conoscitivo relativo a utenza e offerta dei servizi per le tre grandi aree del Piano regionale sulla Non Autosufficienza: disabilità, non autosufficienza, demenze. Le informazioni e i dati raccolti attraverso le fonti disponibili fanno riferimento principalmente al quadro demografico e alla tipologia di servizi erogati. Pur nella non esaustività delle informazioni presenti in questa sezione, l'obiettivo è quello di fornire ai territori uno strumento conoscitivo utile alla programmazione degli interventi di cui al Piano regionale.

2.1 La popolazione anziana

La questione della non autosufficienza rappresenta uno dei temi più dibattuti soprattutto in virtù della sua rilevanza quantitativa. Nella maggior parte dei Paesi sviluppati, infatti, il progressivo invecchiamento della popolazione – e la conseguente maggiore speranza di vita –, la crescente incidenza delle malattie croniche e le trasformazioni della struttura familiare, stanno determinando un aumento della domanda di prestazioni assistenziali. Di conseguenza, sarà sempre più necessaria una ricalibratura delle attività svolte da famiglie, pubbliche amministrazioni e mercato. Le tabelle che seguono presentano una prima descrizione di tale processo. L'indice di dipendenza degli anziani risponde alla domanda: " quanti sono gli anziani residenti con oltre 64 anni ogni 100 adulti in età lavorativa?". Ciò consente di mostrare il peso che la popolazione anziana esercita su quella produttrice di reddito e, di conseguenza, di stimare l'impatto potenziale della domanda di prestazioni assistenziali.

Il confronto mostra un andamento crescente sia in Toscana che in Italia, con una quota maggiore di anziani per la Toscana nei primi decenni. Ciò che è interessante notare è come tali analisi stimino per il 2060 una quota di anziani attorno al 60%.

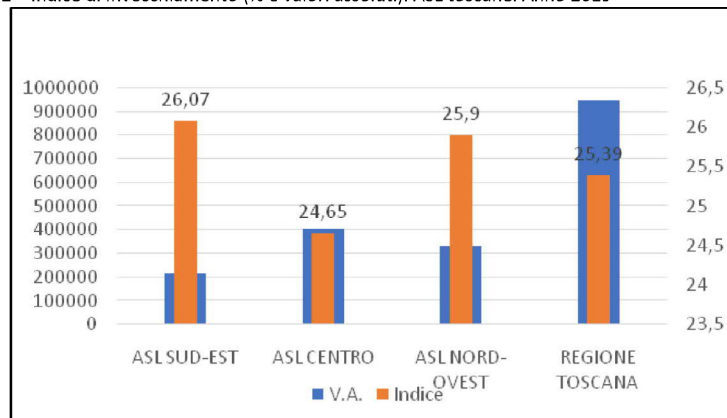
Graf. 1 – Indice di dipendenza degli anziani (%). Toscana e Italia



Fonte: nostre elaborazioni su dati Istat

L'indice di invecchiamento consente invece di osservare la proporzione rispetto alla popolazione residente dei soggetti di età superiore ai 64 anni all'interno delle tre ASL toscane per l'ultimo anno disponibile (2019). In valore assoluto si tratta di 947.088 persone. Quello che emerge è una certa varianza a livello territoriale. Così mentre l'ASL Centro, anche in virtù della distribuzione della popolazione nella regione, presenta il maggior valore assoluto (401.443), la quota di anziani più alta si registra invece nelle ASL Sud-Est e Nord-Ovest (26,06 e 25,9%).

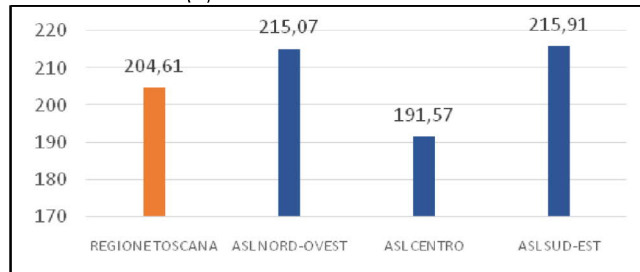
Graf. 2 – Indice di Invecchiamento (% e valori assoluti). ASL toscane. Anno 2019



Fonte: nostre elaborazioni su dati ARS

Un altro indicatore utile è l'indice di vecchiaia, che consente di descrivere la struttura demografica della popolazione, rapportando il numero di anziani residenti con oltre 64 anni alla componente giovane (0-14 anni). Come conseguenza, la variazione dell'indice nel tempo dipende dalla dinamica sia della popolazione anziana che di quella giovane. Valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai molto giovani. In maniera analoga a quanto osservato in precedenza, l'indice raggiunge un livello più elevato per l'ASL Sud-Est e per l'ASL Nord-Ovest.

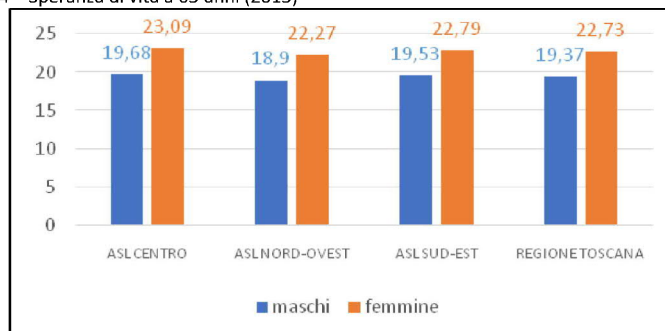
Graf. 3 – Indice di vecchiaia (%). ASL toscane. Anno 2019



Fonte: nostre elaborazioni su dati ARS

Spostando l'attenzione sulla speranza di vita a 65 anni - ovvero il numero medio di anni che una persona a 65 anni può aspettarsi di vivere in base ai tassi di mortalità registrati nell'ultimo triennio, rispetto al periodo considerato - si registra un'aspettativa maggiore per le donne in tutte e tre le aree considerate mentre lo scarto tra i differenti contesti è piuttosto limitato.

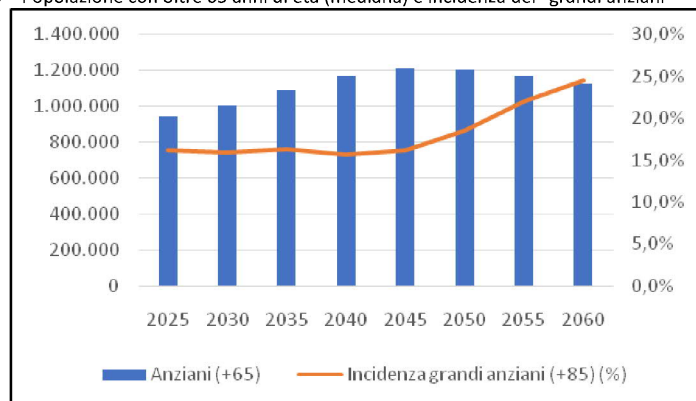
Graf. 4 – Speranza di vita a 65 anni (2015)



Fonte: nostre elaborazioni su dati ARS

Il quadro tracciato consente di produrre una stima della popolazione anziana e del peso dei “grandi anziani”, ovvero delle persone con oltre 85 anni di età. Com’era ragionevole aspettarsi, con l’aumento della speranza di vita, nel 2060 la quota di grandi anziani raggiungerà poco meno del 25% del totale della popolazione anziana a livello regionale.

Graf. 5 – Popolazione con oltre 65 anni di età (mediana) e incidenza dei “grandi anziani”

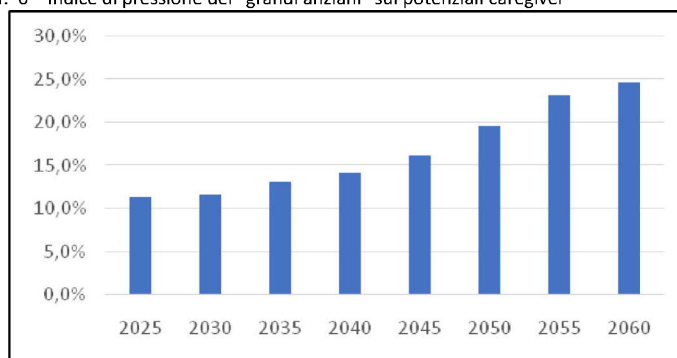


Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT

Di conseguenza, aumenterà la pressione di tale componente - tendenzialmente a rischio o già in condizioni di dover essere assistita - su quelli che vengono definiti caregiver potenziali, ovvero sulla fascia tra 50 e 74 anni di età. L’indice di pressione, secondo i dati elaborati da ARS al 31/12/2018, si attestava per la Toscana al 12,5% con 156.989 anziani su una popolazione di potenziali caregiver di 1.254.366.

I dati elaborati consentono di approssimare una stima per i prossimi anni. Come possiamo osservare dalla Graf. 6, l’andamento è crescente nel tempo e raggiungerà poco meno del 25% nel 2060.

Graf. 6 – Indice di pressione dei “grandi anziani” sui potenziali caregiver



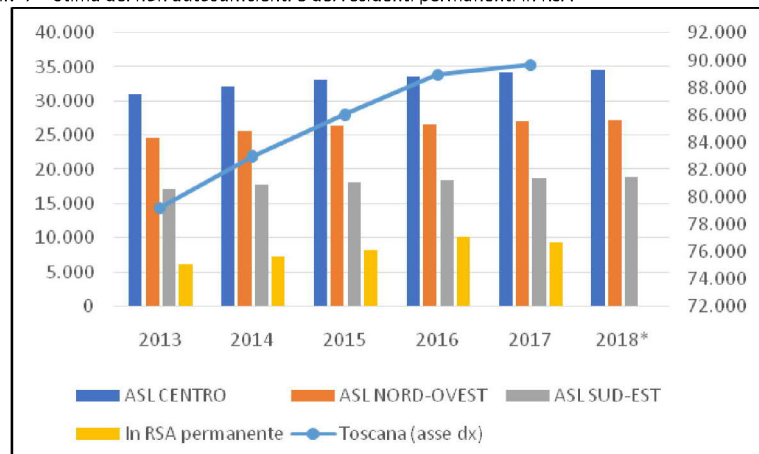
Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT

Una volta tracciato il quadro generale, il passo successivo è quello di quantificare la numerosità di soggetti anziani non autosufficienti e dei residenti permanenti nelle RSA. I dati presentati sono tratti dall’archivio Marsupio di ARS Toscana e sono stati stimati utilizzando i tassi di limitazione funzionale¹. La serie storica mostra un andamento crescente nel quinquennio 2013-2018, con incrementi maggiori nell’ASL Centro (+10,6%). Nel complesso, in Toscana i non autosufficienti passano da 79.119 a 89.641 (+10,8%).

¹ Per un approfondimento si veda:

https://www.ars.toscana.it/files/scriptars/marsupio_nuovo/condivisi/documentazione/Indicatore_552.pdf

Graf. 7 – Stima dei non autosufficienti e dei residenti permanenti in RSA

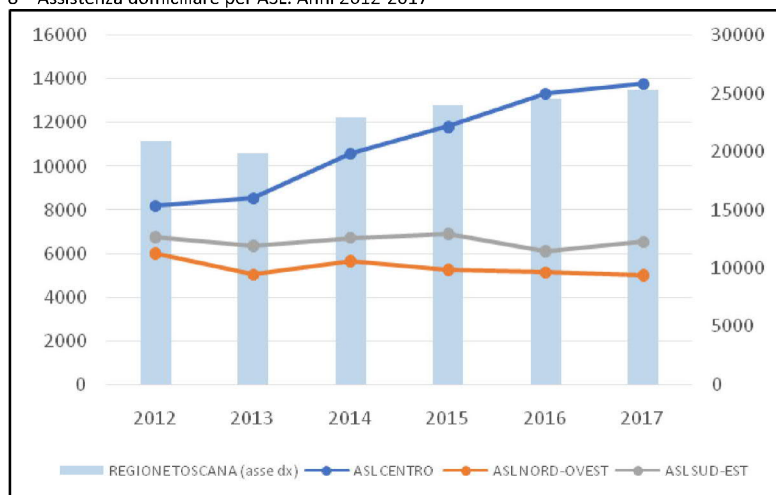


Fonte: nostre elaborazioni su dati ARS

Concentrandoci sui servizi offerti dal settore pubblico, focalizzeremo l'attenzione sui servizi domiciliari, su quelli residenziali e, infine, sui trasferimenti monetari. In generale, a livello nazionale, la spesa pubblica complessiva per Long Term Care (LTC) ammonta all'1,7% del PIL nel 2018, di cui circa tre quarti erogata a soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria e le indennità di accompagnamento coprono complessivamente l'86% della spesa complessiva per LTC (rispettivamente, il 41% ed il 45%). Il restante 14% è rappresentato dalle altre prestazioni assistenziali (Ragioneria Generale dello Stato 2019, 124).

Per quanto riguarda la percentuale di anziani residenti in assistenza domiciliare², i dati forniti da ARS Toscana consentono una ricostruzione della serie storica. Tra il 2012 e il 2017 si osserva un andamento crescente a livello aggregato mentre si notano percorsi differenziati a livello di ASL, con un forte incremento dell'ASL Centro. Si tratta nel complesso di 25.317 soggetti (2017), con un incremento del 21% rispetto al 2012.

Graf. 8 – Assistenza domiciliare per ASL. Anni 2012-2017



Fonte: nostre elaborazioni su dati ARS

² Il dato è calcolato dividendo gli anziani (65+) in assistenza domiciliare (con almeno un erogazione domiciliare nell'anno) per gli anziani (65+) residenti al 1 gennaio del 2017.

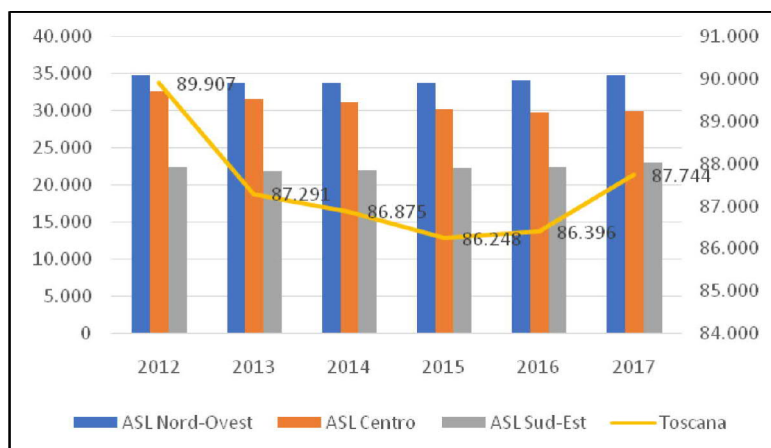
Spostando l'attenzione sugli anziani non autosufficienti assistiti dai servizi territoriali, il dato al 2018 mostra la presenza di 30.323 soggetti con una presa in carico (domiciliare o residenziale) su una platea di 80.875 non autosufficienti. Il rapporto standardizzato è quindi pari a 403,6. In altre parole, ogni mille anziani non autosufficienti, circa 404 soggetti sono assistiti dai servizi territoriali.

La possibilità di ricevere assistenza in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) conferma quanto evidenziato in altri rapporti³: l'accessibilità risulta maggiore tra i residenti dell'ASL Centro e più contenuta tra quelli dell'ASL Nord-Ovest. Ad integrazione dei dati conviene ricordare che l'impostazione della regione è quella di mantenere, fin quando possibile, l'anziano nel proprio domicilio: la Toscana, infatti, può essere ricompresa nel "modello dell'assistenza sanitaria domiciliare", che vede un tasso di anziani beneficiari di ADI più elevato mentre SAD e indennità sono poco sviluppati⁴ (Network Non Autosufficienza 2018, 48).

Per quanto riguarda l'indennità di accompagnamento per invalidità civile per le persone con oltre 65 anni di età, la letteratura (cfr. Rapporto sulla non autosufficienza, anni vari) ha messo in evidenza come questa rappresenti la componente principale sia per la spesa pubblica per la LTC sia in termini di beneficiari.

Nonostante ciò, è interessante notare come l'evoluzione della concessione di tale indennità si sia gradualmente ridotta dal 2012 al 2016, per poi tornare a risalire nel 2017, seppur con un andamento differenziato a livello di singola provincia.

Graf. 9 – Indennità di accompagnamento per invalidità civile per ASL e regione. Anni 2012-2017



Fonte: nostre elaborazioni su dati ISTAT

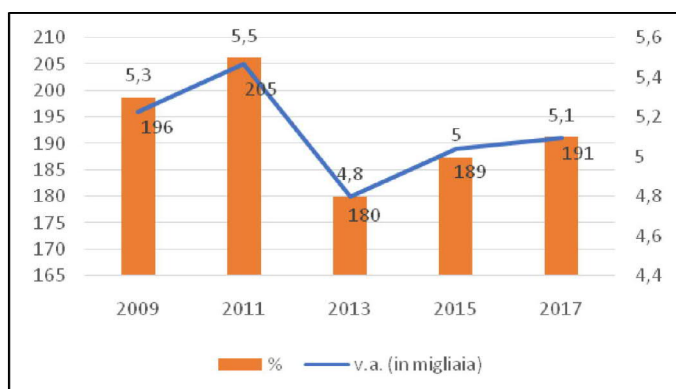
2.2 Le persone con disabilità

L'Istat rileva che, con riferimento al 2017, le persone che in Italia, a causa di problemi di salute, soffrono di gravi limitazioni nello svolgimento di attività abituali sono circa 3 milioni e 100 mila (il 5,2% della popolazione). In Toscana il dato è di circa 191 mila persone, pari al 5,1% della popolazione. L'indagine Istat evidenzia una forbice significativa tra i generi, con un'incidenza relativa pari al 4,1% per gli uomini e al 6,1% per le donne (in Toscana).

Graf. 10 – Persone con limitazioni funzionali gravi. Toscana. Anni 2009-2017. V.assoluti (in migliaia) e %

³ A tal proposito si veda, Le riforme del Sistema Sanitario e Sociale: processi e valutazione (2019).

⁴ Tale conclusione si basa sui risultati di un'analisi dei cluster sui tassi di utenza di quattro programmi di LTC (ADI, SAD, residenze, indennità) per l'anno 2013, ultimo per cui i dati sono disponibili per tutti i programmi. Nel complesso, le regioni italiane sono riconducibili a sei modelli assistenziali.



Fonte: Istat, Indagine Multiscopo sulle famiglie: aspetti della vita quotidiana

Altri dati e informazioni sono desumibili da fonti di natura amministrativa, tra le quali la banca dati disabilità dell'Inail, che si concentra sui titolari di rendite dirette a seguito di un infortunio sul lavoro o di malattia professionale ed è articolata in quattro rami contenenti informazioni riguardanti altrettanti tipi di disabilità: motoria, psico-sensoriale, cardio-respiratoria, altre disabilità. Le statistiche Inail restituiscono quindi informazioni relative al solo contesto lavorativo e al 31 dicembre 2019 in Toscana risultano presenti 57.596 percettori di rendita, di cui poco meno della metà (48,9%) riferiti a disabilità di tipo motorio, seguito da disabilità di natura psico-sensoriale (19,9%). L'83,5% dei percettori di rendita Inail in Toscana è di genere maschile, dato riconducibile alla maggiore partecipazione al mercato del lavoro e a una più diffusa presenza nei settori lavorativi, in particolare della manifattura, a maggiore rischio infortunio. Per quanto riguarda il livello di gravità della disabilità accertata, la quota più elevata di rendite fa riferimento alla classe di grado medio (73,8%), seguita dalla classe di grado grave (22,7%). Rispetto alle fasce d'età dei percettori di rendita, il 68,9% fa riferimento agli ultra65enni, mentre il 23,3% alla classe di età 50-64 anni.

Tab. 1 - Persone con disabilità titolari di rendita INAIL al 31 dicembre 2019 per tipo di disabilità

Ambito territoriale	Motoria	Psico-sensoriale	Cardio-respiratoria	Altre	Totale
Toscana	28.146	11.485	3.692	14.273	57.596

Fonte: Banca dati disabili Inail

Tab. 2 - Persone con disabilità titolari di rendita INAIL al 31 dicembre 2019 per livello di disabilità e classe d'età. Toscana

LIVELLO DI DISABILITÀ (CLASSE DI GRADO)	CLASSE DI ETÀ					TOTALE
	FINO A 19	20-34	35-49	50-64	65 E PIÙ	
MEDIO (11% - 33%)	1	325	3.088	10.711	28.392	42.517
GRAVE (34% - 66%)	1	78	800	2.301	9.868	13.048
MOLTO GRAVE (67% - 99%)	0	17	108	283	1.228	1.636
ASSOLUTO (100% - 100% APC)	0	10	59	133	193	395
TOTALE	2	430	4.055	13.428	39.681	57.596

Fonte: Banca dati disabili Inail

Altra fonte informativa di natura amministrativa è data dall'Inps, che restituisce i dati relativi ai percettori di pensioni per persone con una invalidità certificata da apposite commissioni per la quale è riconosciuta l'erogazione di

prestazioni di tipo monetario. Rientrano in questa categoria pensioni di invalidità, pensioni indennitarie, pensioni di invalidità civile o categorie assimilate, pensioni di guerra oppure, infine, due o più pensioni di cui almeno una appartenente alle tipologie considerate.

Al 2017, ultimo dato disponibile, i percettori di pensioni con disabilità in Toscana sono oltre 252 mila.

Per richiamare un ultimo dato di fonte Inps, relativo alla numerosità delle persone d'età 0-64 anni con disabilità accertata (ex legge 104/1992) nel corso dell'anno, l'ultimo dato disponibile presentato nella pubblicazione "Welfare e salute in Toscana. 2019" (Regione Toscana et altri, 2019) è pari a 10.354 unità.

Dalla rilevazione svolta nei confronti delle 26 Zone socio-sanitarie toscane relative alle politiche e all'utenza del settore disabilità⁵, nel 2018 le persone con disabilità in carico al servizio sociale professionale⁶ risultano essere 24.671 (8,6 ogni 1.000 residenti), con un incremento delle persone in carico del 14,3% (3.080 assistiti in più) rispetto all'annualità precedente, "in linea con il dato delle persone che hanno avuto il primo accertamento di handicap in gravità (L. 104/92) che in Toscana per il 2018 sono state 3.836. Utilizzando quest'ultimo dato come proxy dei nuovi potenziali utenti dei servizi sociali professionali nell'anno, tali informazioni sembrano delineare un sistema di presa in carico delle persone con disabilità abbastanza efficiente, in quanto riesce ad intercettare oltre l'80% della nuova potenziale utenza che annualmente viene certificata in situazione di gravità dalle Commissioni mediche di accertamento dell'INPS"⁷.

Tab. 3 - Persone 0-64 anni con disabilità in carico al servizio sociale professionale – Toscana, 2017-2018.

Area Vasta	N. persone in carico al servizio sociale professionale 2017	Per 1.000 residenti 0-64 anni	N. persone in carico al servizio sociale professionale 2018	Per 1.000 residenti 0-64 anni	Incremento % 2017-2018
AV Toscana Nord Ovest	8.020	8,5	8.699	9,2	8,5%
AV Toscana Centro	9.300	7,6	11.417	9,3	22,7%
AV Toscana Sud Est	4.271	6,9	4.555	7,4	6,6%
Toscana	21.591	7,7	24.671	8,6	14,3%

Fonte: Osservatorio Sociale Regionale, Quarto Rapporto sulla disabilità in Toscana.

La tabella successiva mostra il numero di persone in carico ai servizi sociali per alcune tipologie di intervento: anche in questo caso va sottolineata la problematica relativa alla mancanza di un sistema informativo centrato non sulle prestazioni, ma sugli individui. Non è infatti improbabile che le persone in carico possano aver usufruito, nell'anno, di prestazioni afferenti a più tipologie, tuttavia la mancanza di una cartella sociale individuale impedisce di ricostruire le "carriere" delle persone, all'interno della singola annualità così come nel corso dell'intera vita.

⁵ I dati raccolti e/o elaborati dall'Osservatorio Sociale Regionale e le relative analisi sono ripresi da De Luca M. (a cura di), 2019, *Quarto Rapporto sulla disabilità in Toscana: 2019/2020*, Firenze, Osservatorio Sociale Regionale della Toscana.

⁶ Il criterio di accesso per i servizi sociali legata all'area disabilità è dato dalla certificazione di cui alla L.104/1992, mentre nel caso di prestazioni erogate dalla Azienda USL, come quelle afferenti alla salute mentale, non si distingue tra le certificazioni di cui alla L.104 o alla L. 118/71 (invalidità civile).

⁷ Ivi, pp. 36-37.

Tab. 4 - Persone 0-64 anni con disabilità in carico al servizio sociale professionale per alcuni tipi di intervento – Toscana, 2018.

Tipo di intervento	N. utenti	Spesa in €
Sostegno socioeducativo scolastico	5.470	23.700.408,72
Sostegno socio-educativo territoriale o domiciliare	2.596	4.638.742,45
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	2.125	8.084.198,21
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	1.046	Nd
Persone inserite in strutture residenziali	1.474	38.366.028,56
Persone inserite in strutture semiresidenziali	2.733	32.515.055,38
Sostegno all'inserimento lavorativo	2.753	5.271.040,90
Trasporto sociale (incluso quello scolastico*)	4.021	12.259.320,22
Interventi integrazione sociale soggetti deboli o a rischio**	2.618	Nd
Attività ricreative, sociali, culturali**	1.038	Nd

* 814 utenti per il trasporto scolastico

** Dato disponibile al 2016

Fonte: Osservatorio Sociale Regionale, Quarto Rapporto sulla disabilità in Toscana.

Gli interventi di sostegno socio-educativo scolastico per il 2018 riguardano quasi 5.500 persone ed evidenziano un trend di crescita, analogamente a quanto si osserva per il trasporto scolastico per alunni con ridotta mobilità per menomazioni fisiche o psichiche. Le persone che hanno usufruito dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale (servizio rivolto a persone con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di cura e di igiene della persona, di aiuto nella gestione della propria abitazione, di sostegno psicologico, di assistenza sociale) sono 2.125, cui si aggiungono 1.046 utenti per l'Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari, cioè con prestazioni socio-assistenziali e sanitarie (cure mediche o specialistiche, infermieristiche, riabilitative) erogate "a domicilio" a persone con disabilità per mantenerla nel suo ambiente di vita. All'interno delle strutture residenziali, al 31/12/2018, erano presenti quasi 1.500 persone con disabilità, mentre l'utenza dei centri diurni ammonta a 2.733 unità. Oltre 3.200 sono le persone che, nel 2018, hanno usufruito del servizio di trasporto sociale (cifra che arriva a oltre 4.000 unità considerando anche il trasporto scolastico), un importante servizio spesso di supporto per la fruizione di altri interventi. Gli interventi di sostegno all'inserimento lavorativo riguardano 2.753 persone con disabilità.

"[...] in tema di assistenza, la rilevazione censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni singoli o associati di ISTAT, disponibile soltanto fino al 2016, fornisce dati sugli interventi di integrazione sociale, che comprendono attività di tutoraggio sociale e di accompagnamento alla persona verso percorsi di autonomia (oltre 2.600 utenti) e sulle attività ricreative-sociali-culturali (poco più di 1.000 utenti), organizzate per rispondere a bisogni di socializzazione e comunicazione delle persone disabili"⁸.

Al 31 dicembre 2018 in Toscana si registrano 73 strutture residenziali tra RSD e Comunità alloggio protette. I posti letto totali autorizzati sono pari a 1.479 unità, quasi tutti convenzionati. La gestione di tali strutture va ricondotta al denso e prezioso tessuto del Terzo settore presente in Regione, che vede la prevalenza sulla gestione delle RSD della cooperazione sociale mentre, per ciò che concerne la gestione delle comunità alloggio protette, si osserva una più diffusa presenza operativa di associazioni, fondazioni ed enti di carattere religioso.

⁸ Ivi, p. 38

2.3 Le persone con demenza

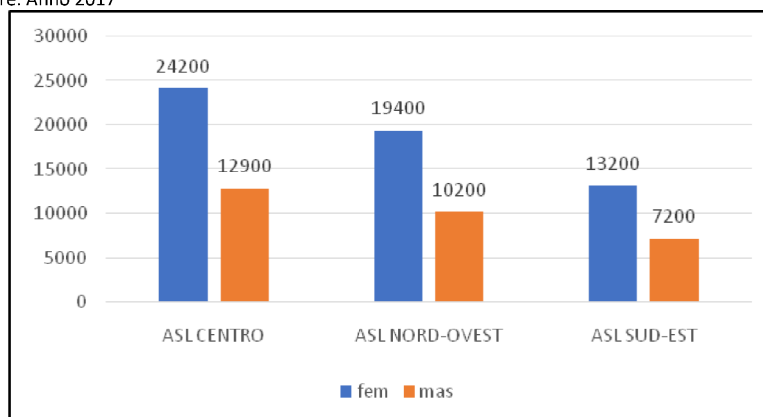
L'Osservatorio Demenze dell'Istituto Superiore di Sanità definisce la demenza come un complesso di malattie cronico degenerative che comprende un insieme di condizioni, la cui storia naturale è caratterizzata dalla progressione più o meno rapida dei deficit cognitivi, dei disturbi del comportamento e del danno funzionale con perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza con vario grado di disabilità e conseguente dipendenza dagli altri. Come conseguenza, la demenza interferisce con le attività sociali, lavorative e di relazione del malato e provoca un declino progressivo delle sue capacità.

Esistono diverse forme di demenza, che si distinguono in base all'evoluzione della malattia. Le demenze possono inoltre essere reversibili e irreversibili. Le forme reversibili rappresentano una piccolissima percentuale. I deficit, in questo caso, sono secondari a malattie o disturbi a carico di altri organi o apparati. Curando in modo adeguato e tempestivo queste cause anche il quadro di deterioramento regredisce, e la persona può tornare al suo livello di funzionalità precedente. Al contrario, la maggior parte delle demenze è di tipo irreversibile. Queste si distinguono a loro volta in forme primarie e secondarie. Le forme primarie sono di tipo degenerativo e includono la demenza di Alzheimer, quella Fronto-Temporale e quella a Corpi di Lewy. Fra le forme secondarie la più frequente è quella Vascolare.

La stima dei residenti in Toscana con oltre 65 anni di età affetti da demenza è pari a 87.100 persone (2017), con una prevalenza della componente femminile (65% a livello regionale). Di questi, circa il 54% presenta un'intensità lieve mentre poco meno del 14% mostra gravi livelli di demenza.

Quanto alla distribuzione all'interno delle tre ASL prese in esame non si osservano sostanziali differenze percentuali rispetto né alla composizione di genere né per quanto concerne la gravità della demenza.

Graf. 11 – Stima dei residenti in Toscana con oltre 65 anni di età affetti da demenza, distinti per genere. Anno 2017



Fonte: nostre elaborazioni su dati ARS

3. La visione strategica e gli obiettivi generali di Piano

L'approccio di pianificazione partecipato, come descritto nella premessa al Piano, non è di per sé stesso sufficiente affinché il Piano stesso abbia una visione coerente e corretta da punto di vista dei contenuti. Perché ciò sia possibile è necessario che questa sia non solo condivisa, ma anche corretta sotto il profilo delle analisi su cui poggia.

Le finalità del Piano dovranno, dunque, essere orientate in primo luogo a perseguire l'obiettivo di migliorare la qualità, la quantità e l'appropriatezza delle risposte assistenziali. Secondariamente dovranno promuovere la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza e della disabilità, rimuovendo, nel

contempo, gli ostacoli e le barriere che il contesto sociale crea. Infine, dovranno favorire i percorsi assistenziali che realizzano la vita indipendente e la domiciliarità. Tutto ciò consentirebbe di rendere il sistema dei servizi e degli interventi territoriali orientato all'approccio inclusivo sostenuto dalla "Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità". Se l'inclusione diventa parte essenziale della programmazione regionale e territoriale, tanto da rendere possibile la piena realizzazione di un approccio integrato, multidisciplinare, dinamico, partecipato e olistico, che va nella direzione del "prendersi cura", è il sistema stesso che finisce per connaturarsi come inclusivo.

L'ulteriore elemento al quale ci si riferisce, accanto all'approccio inclusivo, è quello di un sistema di welfare che vede, come funzione principale dell'azione pubblica, quella di "incrementare le capacità dei soggetti" secondo principi di equità, di solidarietà, di partecipazione e sussidiarietà. All'interno di tale approccio si parla infatti di "comunità solidale" o di "welfare community", per indicare un modello di politica sociosanitaria che, modificando profondamente i rapporti tra istituzioni e società civile, garantisce maggiore soggettività e protagonismo alla comunità civile, aiutandola nella realizzazione di un percorso di auto-organizzazione e di autodeterminazione fondato sui valori dello sviluppo umano, della coesione sociale e del bene comune.

La strategia complessiva del Piano presenta fattori di continuità con il passato. Permangono invariate le finalità indicate dalla L.R. 66/2008 e dalla L.R. 60/2017 volte a: migliorare la qualità, quantità e appropriatezza delle risposte assistenziali a favore delle persone non autosufficienti, con disabilità e anziane; promuovere la realizzazione di un sistema improntato alla prevenzione della non autosufficienza e della fragilità; favorire lo sviluppo di percorsi assistenziali che realizzino la vita indipendente e la domiciliarità.

Inoltre, il Piano tende a consolidare le linee strategiche e gli elementi di valore che la programmazione regionale ha, negli anni, disciplinato al fine di giungere a definire un sistema territoriale compiuto di servizi ed interventi in grado di assicurare una tipologia di offerta appropriata, sulla base del principio della valutazione del bisogno e della presa in carico delle persone attraverso progetti personalizzati ed integrati.

Infine, il Piano propone elementi di novità che orientano il sistema verso il raggiungimento dei livelli essenziali così come previsto dal d.lgs. 147/17 e all'innovazione sociale in grado di arricchire e qualificare l'offerta.

Pertanto, gli obiettivi generali del Piano sono:

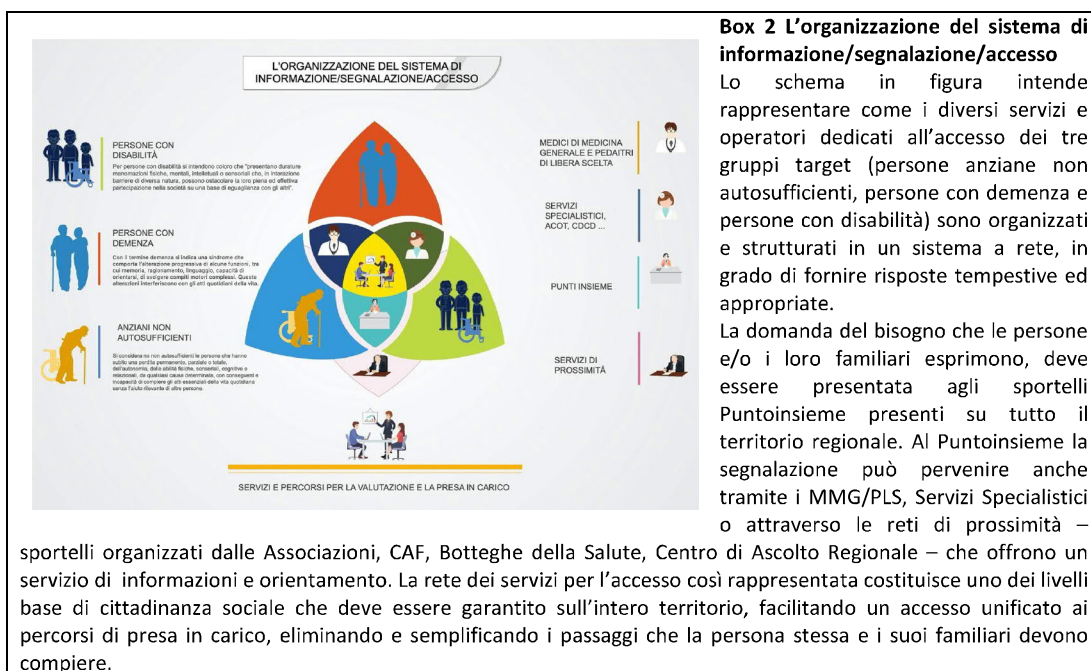
1. **ricomporre complessivamente gli interventi e le risorse finalizzate alla tutela della non autosufficienza affinché siano indirizzate al raggiungimento degli obiettivi generali espressi nel Piano.** Il processo parte da un'analisi di quanto sino ad oggi è stato fatto, per meglio definire cosa e come mettere in campo, rispetto alle priorità di intervento che il Piano individua;
2. **consolidare il sistema locale dei servizi integrati.** L'ambito zonale è il livello territoriale entro cui consolidare ed evolvere la rete integrata dei servizi per le non autosufficienze e le disabilità. In relazione a ciascuno dei settori assistenziali le azioni del programma operativo zonale sono articolate secondo due aree di intervento:
 - a) Il consolidamento e l'evoluzione dell'offerta dei servizi sociosanitari integrati, articolati per *setting* assistenziali (domiciliare, semiresidenziale, residenziale);
 - b) Il consolidamento e l'evoluzione dei processi assistenziali relativi ai settori delle non autosufficienze e delle disabilità;
3. **riqualificare il sistema dell'offerta.** In primo luogo, migliorando l'efficienza e la qualità dei processi di produzione (sia che si tratti del sistema di accesso, valutazione e presa in carico e sia che riguardi le prestazioni e i servizi per la non autosufficienza). In secondo luogo, accrescendo e orientando al meglio le competenze delle risorse umane del comparto pubblico e di quello privato;
4. **produrre innovazione nei modelli di cure, nei servizi di prossimità e nel supporto alle persone con disabilità.** Lo sviluppo della domiciliarità si rende oltremodo necessario dovendo non più e non solo gestire servizi, ma anche presidiare la rete di cura, facilitando, integrando e garantendo livelli minimi di qualità (ad es. trasporti, residenzialità temporanea, ristorazione, acquisto di medicine, disbrigo di pratiche burocratiche, iniziative di socializzazione ecc.). Altro livello dove l'innovazione sociale si rende necessaria è quello di progetti per lo

sviluppo di servizi di prossimità per le famiglie, sulla scorta dei modelli di servizio basati sulla strategia *One-Stop-Shop* (sportelli unici);

5. **assicurare processi di governance per l'inclusione sociale.** Tali processi concretizzano il principio della sussidiarietà orizzontale, realizzando il coinvolgimento (e quindi promuovendo il ruolo) delle autonomie sociali presenti su un territorio e sostenendo la funzione di integrazione tra le variegate istanze rappresentate in una comunità. Ciò conduce ad una ampia legittimazione degli esiti del processo decisionale e pone le condizioni affinché il livello locale possa espletare la propria missione istituzionale, non più solo rispetto alle proprie responsabilità e attività normative, ma come gestore e catalizzatore di processi di sviluppo di comunità.

4. I percorsi e gli obiettivi di servizio

La logica che sottende al Capo IV della Legge Regionale 66/2008, relativo all'Accesso alle prestazioni (vedi Box 2) erogate tramite il fondo per la non autosufficienza, è quella della 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.



Il Piano, nel ridisegnare i percorsi e nel declinare gli obiettivi, fa riferimento ad uno schema di carattere più generale che attraversa la complessità delle risposte a cui oggi sono chiamate le Società della Salute e le Zone distretto. Mai come oggi, infatti, lo schema dell'accesso/valutazione/presa in carico assume una rilevanza di carattere generale in quanto, da un lato delinea gli elementi funzionali che un sistema integrato deve avere per poter funzionare al meglio e, dall'altro, definisce un pezzo fondamentale nel percorso di realizzazione progressiva dei livelli essenziali delle prestazioni.

Pertanto il percorso di presa in carico integrato si struttura con un primo momento, anche esterno all'organizzazione dei servizi territoriali, che attiene all'area dell'informazione e della promozione e che vede coinvolte anche le

strutture dei servizi di prossimità. Il percorso si struttura poi secondo le classiche macro-fasi che sono l'accesso, la prima lettura del bisogno, la valutazione multidimensionale e la progettazione personalizzata.

Nella tabella seguente vengono definite, per ciascuna di queste fasi, le caratteristiche di contenuto, le attività che vengono attivate, gli strumenti operativi codificati e i conseguenti obiettivi di servizio.

Tab. 5 Percorso di presa in carico integrata

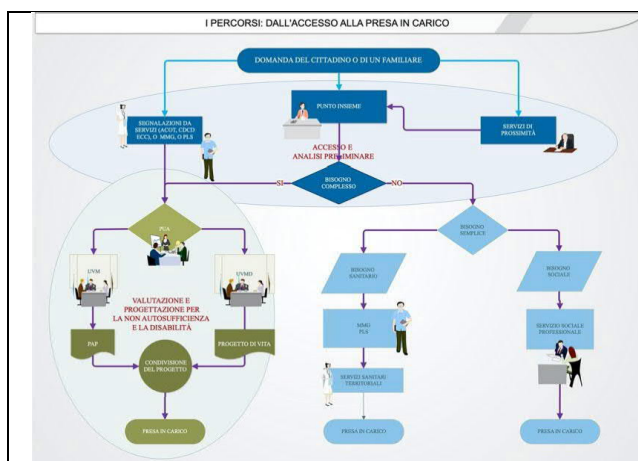
Fasi	Contenuto	Attività	Strumenti Codificati	Obiettivi Servizio	di	
Informazione, promozione e prossimità	Fornitura diretta e/o indiretta di informazioni e promozione del sistema dei servizi anche con modalità proattiva	- Attivazione e delle reti informali - Comunicazione pubblica - Fornitura materiale informativo - Comunicazione sociale e attività promozionale	- Pagine web - Materiale informativo - Incontri promozionali e di sensibilizzazione	Sistema di comunicazione pubblica proattiva e riduzione delle asimmetrie informative		
	A	Accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	- Orientamento al complesso dei servizi territoriali - Accesso al percorso di presa in carico (primi riferimenti anagrafici)	- Riferimenti dei servizi territoriali - Cartella sociale / Cartella sociosanitaria	Rete di accesso su base zonale
	B	Prima lettura del bisogno della persona	Analisi preliminare	- Anagrafica completa della persona - Analisi preliminare e prima lettura del bisogno Bisogno semplice: - Risposte semplici amministrative - Risposte semplici sociali - Risposte semplici sanitarie - Invio altre strutture professionali Bisogno complesso: - Invio al PUA che provvederà all'attivazione delle UVM o UVMD	- Cartella Sociale / Cartella sociosanitaria - Strumenti per la l'analisi preliminare - Modalità per attivazione risposte semplici - Protocolli per invio bisogni semplici e complessi - Sistema informativo territoriale	Strumenti per l'analisi preliminare su base zonale
	C	Valutazione (Multiprofessionale)	Valutazione Multidimensione dei bisogni complessi della persona	- Equipe multidisciplinare - Valutazione multidimensionale - Definizione e attivazione del PAP-Progetto di vita - Monitoraggio dell'assorbimento delle risorse	- Strumenti e procedure per la valutazione multidimensionale	Regolamento di funzionamento dell'Equipe e metodologia della Valutazione Multidimensionale
	D	Progettazione	PAP-Progetto di vita condiviso e partecipato con la persona coinvolta	- Definizione degli obiettivi - Mappatura e attivazione delle risorse personali, familiari e di contesto - Definizione dei servizi idonei al raggiungimento degli obiettivi - Partecipazione e capacitazione della persona e del suo nucleo familiare - Attivazione e Implementazione delle prestazioni previste dal PAP	- Budget di salute -Strumenti per la costruzione dei PAP e dei Progetti di vita	Regolamento unico zonale per i servizi sociosanitari - Protocolli di attivazione reti comunitarie

Il percorso di presa in carico per poter funzionare al meglio ha necessità che l'organizzazione abbia un'adeguata strumentazione e sia in grado di assicurare la massima fluidità possibile nei diversi passaggi di fase. Ciò è possibile se le diverse fasi sono "assistite", dal punto di vista organizzativo, da processi trasversali, il cui attore principale è il Punto Unico di Accesso (PUA). Il PUA rappresenta nella sostanza il *back-office* unitario delle quattro fasi del percorso assistenziale, assicura il coordinamento tra i servizi e gli operatori e sostiene il processo di progettazione con la definizione delle risorse finanziarie necessarie nei limiti delle disponibilità del bilancio di zona. L'altro elemento di processo trasversale è rappresentato dal monitoraggio e dalla valutazione degli esiti della progettazione personalizzata, che consentirà di verificare se e come quanto progettato, al fine del raggiungimento degli obiettivi, è

stato in grado di conseguire i risultati attesi in termini di salute e in termini di crescita e cambiamento, a partire da quelli che sono i desideri e i bisogni della persona.

Nel descrivere brevemente i principali nodi della rete vanno innanzitutto indicati i servizi di prossimità (come ad esempio la rete delle Botteghe della Salute o il progetto PAAS). Tali servizi, sospesi tra il sistema di welfare formale, organizzato e regolato e il privato informale, sviluppano la propria azione sia fornendo informazione e supporto che sviluppando servizi comunitari di tipo promozionale. Per la maggior parte dei casi sono attivati e sostenuti da soggetti appartenenti al terzo settore e anche quando sono agganciati in qualche modo alla sfera delle attività delle amministrazioni locali, si caratterizzano per essere strutture a bassa soglia.

Altro nodo è senza dubbio alcuno il **PuntoInsieme**, che rappresenta la porta di accesso diretto al sistema integrato dei servizi sociosanitari (art. 10 L.R. 66/2008), che si caratterizza per la elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella strutturazione ed è il luogo fisico dove la persona, o chi la rappresenta, trova un professionista in grado di accogliere la segnalazione di un bisogno orientando e accompagnando la persona stessa verso il percorso più appropriato. Con la DGR n. 1642/2019 (in attuazione di quanto disposto dalla DGR n. 1449/2017), nel riconoscere il PuntoInsieme come uno dei nodi della rete dell'accesso anche per le persone con disabilità, si è poi esplicitato come tali servizi territoriali, che già operano nell'area della non autosufficienza della persona anziana, devono ampliare e potenziare le proprie funzioni anche nei confronti delle persone con disabilità. Ulteriori nodi fondamentali della rete dell'accesso sono rappresentati dal **Medico di Medicina Generale (MMG)** e dal **Pediatra di Libera Scelta (PLS)** che sono in prima battuta i segnalatori d'eccellenza del bisogno. Per quanto riguarda l'attivazione del PDTA relativo alle persone con un sospetto di deficit cognitivo lieve, il MMG può richiedere un approfondimento diagnostico allo specialista geriatra o allo specialista neurologo, oppure inviare direttamente il paziente al **CDCD (Centro per i Disturbi Cognitivi e Demenze)**. Il CDCD oltre a fornire la diagnosi specifica per la demenza e a definire il piano di interventi farmacologici, riabilitativi e psico-sociali e di *follow up*, avvia la segnalazione al PUA, laddove si evidenzia la complessità delle problematiche socio-sanitarie che presenta la persona con demenza. Le **Agenzie di Continuità Ospedale Territorio (ACOT)**, che costituiscono un ulteriore nodo della rete dell'accesso, attivano il percorso di presa in carico per la persona in dimissione complessa dal presidio ospedaliero, fornendo direttamente al PUA le informazioni cliniche necessarie per la valutazione e la presa in carico territoriale della persona.



Box 3: i percorsi

La rappresentazione schematica della figura evidenzia come i diversi livelli e servizi interagiscono tra loro nei percorsi che dall'accesso portano le persone verso risposte appropriate definite all'interno di progetti personalizzati (o progetti di vita). Ad esito dell'analisi preliminare, laddove emerga la presenza di un bisogno complesso o a seguito di segnalazione pervenuta direttamente al PUA da parte del MMG/PLS o da servizi territoriali/specialistici (ACOT, CDCD, ecc.), la domanda viene indirizzata alla competente Unità di valutazione per la definizione dei progetti e l'attivazione dei relativi percorsi di presa in carico. Laddove è presente un bisogno semplice verrà coinvolto

il servizio sociale professionale o il MMG/PLS a fronte rispettivamente di problematiche sociali o prettamente sanitarie.

Dallo schema precedente e dalla descrizione fatta, appare evidente che il Punto Unico di Accesso costituisce, nell'organizzazione dei percorsi di accesso/presa in carico sia delle persone anziane non autosufficienti che delle

persone con disabilità, il livello di coordinamento dell'intera rete. Non si tratta di un servizio ma di una funzione in grado di assicurare il coordinamento tecnico-amministrativo e organizzativo dei percorsi, costituendo il raccordo tra la fase dell'accesso e quella della valutazione multidimensionale del bisogno.

Tale funzione potrebbe essere assicurata dalle tecnostrutture della Zona distretto/Società della salute, come ad esempio l'Ufficio di Piano che, come indicato nella DGR n. 269/2019, supporta la Direzione di Zona nell'organizzazione delle attività e nell'operatività quotidiana. Una tale organizzazione infatti consentirebbe alle diverse equipe di valutazione di funzionare al meglio e di costruire progetti personalizzati sulla base delle diverse risorse attivabili (a partire da quelle del Budget di Zona). Ciò vorrebbe dire che attraverso un efficace coordinamento dei team multidisciplinari e multi-professionali, il sistema potrà assicurare una migliore equità dell'accesso, la continuità delle cure, la presa in carico del paziente cronico, l'innovazione dei percorsi assistenziali, l'integrazione dei budget e la governance dell'intero sistema.

4.1 La valutazione multidimensionale

Il sistema di valutazione poggia su alcuni elementi che qualificano gli obiettivi di servizio che il presente Piano indica alle Zone distretto/Società della Salute come prioritari nella organizzazione/riorganizzazione del sistema stesso. In particolare:

- l'attuazione del processo diagnostico multidimensionale e interdisciplinare finalizzato alla identificazione e alla descrizione/spiegazione della molteplicità dei bisogni che presenta la persona ed il suo contesto familiare e sociale;
- la conoscenza e l'analisi delle capacità funzionali della persona, delle sue potenzialità e delle sue aspirazioni/desideri, anche allo scopo della riduzione/eliminazione delle barriere e/o degli ostacoli che si frappongono all'inclusione della persona;
- una metodologia idonea per una valutazione oggettiva del bisogno tale da garantire il massimo grado di appropriatezza delle risposte messe in campo con la progettazione personalizzata;
- la conoscenza e la piena disponibilità delle risorse, a partire da quelle istituzionali (sociali, sanitarie, scolastiche/formative e lavorative) da destinare alle azioni previste nel progetto personalizzato (progetto di vita per le persone con disabilità);
- la capacità di attivare anche le risorse comunitarie da utilizzare in modo integrato, per il raggiungimento dei diversi obiettivi che il progetto prevede.

Dal punto di vista prettamente organizzativo, sulla base di quanto previsto dall'art.11 della L.R. 66/2008 e delle DGR n. 370/2010, 1449/2017 e 1642/2019, presso ciascuna Zona distretto/Società della salute sono istituite le seguenti equipe multidisciplinari:

- **L'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM)** per le persone anziane non autosufficienti composta da figure professionali stabili e dedicate. Nel dettaglio: un medico di comunità, un assistente sociale ed un infermiere. La UVM è di volta in volta integrata dal medico di medicina generale della persona sottoposta a valutazione e da professionalità specialistiche e da altri operatori coinvolti nella presa in carico del caso, che si ritengono necessari ai fini della definizione del progetto di assistenza personalizzato;
- **L'Unità di Valutazione Multidisciplinare per la Disabilità (UVMD)**, composta da figure professionali stabili e dedicate. Nel dettaglio: un medico di comunità, un assistente sociale ed un amministrativo di supporto (tale figura è anche di supporto alla UVM per le persone non autosufficienti).

Il gruppo stabile è integrato, sia nella fase istruttoria della valutazione, che nella fase di redazione del progetto di vita, da professionisti e specialisti individuati tra quelli di riferimento della persona oppure in funzione del bisogno prevalente o secondo quanto indicato dai percorsi specifici.

Le competenze delle Unità di valutazione sono indicate dall'art. 11, comma 5, della L.R. 66/2008 e nelle successive delibere di giunta sopra richiamate.

4.2 Progettazione personalizzata, progetti di vita e budget di salute

Sulla scorta dell'approccio che da sempre ha guidato la programmazione regionale, sia che si tratti di persone anziane non autosufficienti o di persone con disabilità, la prospettiva è quella della "progettazione universale" (Art. 2 Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità) ed inclusiva. È attraverso tale progettazione che è possibile interpretare la complessa relazione persona/contesto e ricercare soluzioni condivise, necessarie, appropriate e che non impongano un carico/costo sproporzionato o eccessivo (secondo il principio dell'accomodamento ragionevole), per fare fronte alle diverse esigenze/esperienze che l'esistenza pone alle persone stesse.

Per le persone non autosufficienti anziane il **Progetto di assistenza personalizzato (PAP)**, elaborato dalla UVM, contiene le prestazioni sociosanitarie da erogare, individuate sulla base di indici di valutazione 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 le più appropriate da parte della UVM. La garanzia della prestazione socio-sanitaria appropriata è realizzata, tra l'altro, mediante la definizione delle modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso la formulazione di un piano personalizzato di assistenza che individui "gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente e le prestazioni sociosanitarie da erogare, individuate sulla base degli indici di valutazione delle condizioni di bisogno" (L.R. 66/2008, art. 12, comma 1).

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.

Per quanto riguarda invece le persone con disabilità il **Progetto di vita** è il documento che, a partire dal profilo funzionale della persona, dai bisogni e dalle legittime aspettative e nel rispetto della propria autonomia e capacità di autodeterminazione, individua 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 a tutti 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: la UVM.

Nel caso del **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 UVM, 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, di parità di opportunità ed inclusione sociale.

Va infine evidenziato che il Progetto di vita, per essere realizzabile necessita di uno strumento contabile di tipo preventivo, che è rappresentato dal **Budget di salute**, che definisca le risorse economiche, strumentali, professionali e umane, sia pubbliche che private, da allocare nel progetto stesso. Si tratta di un nuovo strumento organizzativo e gestionale attraverso il quale conoscere e coordinare i percorsi e i servizi attivati intorno alla persona dai molteplici soggetti pubblici e privati coinvolti, compresi quelli scolastici, lavorativi e relativi al tempo libero, all'inclusione sociale e relazionale, anche al fine di evitare sovrapposizioni e dispersione di risorse. Proprio della logica che sottostà all'approccio di tipo inclusivo, che tende alla partecipazione responsabile della persona con disabilità e della sua

famiglia, nonché della società civile, il Budget di Salute ricompone nel progetto di vita della persona con disabilità le diverse risorse disponibili.

Il budget di salute interviene sulla singola progettualità in quanto riesce a far emergere le risorse finanziarie, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire, attraverso un progetto individuale, un adeguato funzionamento sociale. Ciò interessa anche il sistema dei servizi, in quanto rappresenta un'opportunità per la ri-definizione del sistema di governance territoriale dove la multidimensionalità degli interventi, sostenuti dall'approccio bio/psico/sociale, consente l'integrazione sociosanitaria nell'ambito della programmazione, organizzazione e gestione dei servizi e degli interventi stessi. È un'occasione per promuovere le forme associative territoriali, che costituiscono il "capitale sociale" della comunità e per incentivare la loro partecipazione al processo decisionale. È, infine, un'opportunità di coinvolgimento e partecipazione della persona con disabilità in quanto dà la possibilità di intervenire direttamente sulla definizione del proprio progetto di vita favorendo percorsi e azioni indirizzate alla capacitazione e all'*empowerment* personale.

L'obiettivo specifico che si intende proporre è quello dell'estensione progressiva del budget di salute a tutta l'area della disabilità come strumento organizzativo-gestionale per la realizzazione di progetti di vita personalizzati in grado di garantire l'attivazione di interventi sociosanitari integrati all'interno delle Società della Salute/Zone Distretto.

5. Il percorso per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e le linee di intervento

Il Piano regionale per la non autosufficienza definisce due strumenti per la regolazione delle attività e dei sistemi zonali di servizi integrati: i **Livelli essenziali delle prestazioni (LEP)** e gli **Obiettivi di servizio**. I LEP sono disciplinati dal livello statale e regolati dal Piano nazionale per la Non Autosufficienza che provvede anche al loro finanziamento; gli obiettivi di servizio esprimono i livelli, quantitativi o qualitativi, che la programmazione regionale individua come elementi comuni verso cui fare convergere il sistema regionale in modo omogeneo e uniforme. Gli Obiettivi di servizio sono articolati in modo specifico all'interno delle linee di intervento dedicate alle persone con non autosufficienza, alle persone con disabilità e alle persone con demenza.

Pertanto, la programmazione nazionale introduce l'**Assegno di cura e per l'autonomia** come livello essenziale delle prestazioni, ne definisce i destinatari, la gamma degli importi e delimita la sua erogazione entro i limiti delle risorse disponibili così come definite dalla programmazione annuale del Fondo nazionale per la non autosufficienza.

Analogamente la programmazione regionale definisce la dotazione di sistema in grado di supportare il processo di accesso, valutazione e progettazione personalizzata. A questo scopo sono individuati gli **Obiettivi di servizio** che impegnano le Società della salute/Zone-distretto nel convergere progressivamente verso sistemi zonali integrati; i contenuti in cui si sostanziano gli obiettivi di servizio sono successivamente esplicitati all'interno delle linee di intervento settoriali. Tali obiettivi sono:

- **L'accesso e la prima lettura del bisogno.** Le strutture territoriali deputate all'accesso devono garantire a tutti i cittadini le stesse opportunità di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento. A tale livello è prevista anche una prima lettura del bisogno finalizzata a orientare le successive scelte relative al percorso di presa in carico. La rete degli sportelli PuntoInsieme rappresenta l'infrastruttura che, a livello di Zona Distretto, è deputata ad assicurare tale diritto.
- **La valutazione multidimensionale,** affidata ad Unità Multidisciplinari specifiche (UVM per le persone anziane non autosufficienti e UVMD per le persone con disabilità), rappresenta il processo diagnostico multidimensionale ed interdisciplinare finalizzato all'identificazione e alla descrizione della molteplicità delle problematiche, nonché alla conoscenza e all'analisi delle capacità funzionali del soggetto, delle sue potenzialità, delle barriere presenti e delle sue aspirazioni/desideri.
- **La progettazione personalizzata o il progetto di vita per le persone con disabilità.** Lavorare su percorsi individualizzati significa prima di tutto lavorare per progetti considerando i bisogni delle persone e la loro

modificazione nel tempo. Pertanto, il progetto rappresenta il documento che, a partire dal bisogno assistenziale della persona non autosufficiente o dal profilo funzionale, dai bisogni, dalle aspettative e dalle capacità della persona con disabilità, individua il ventaglio di possibilità, servizi, supporti e sostegni - istituzionali e non, formali o informali - da mettere in campo. Tale insieme di possibilità può permettere prestazioni sociosanitarie appropriate, una migliore qualità della vita, uno sviluppo delle potenzialità personali, una partecipazione attiva alla vita sociale e, laddove possibile, può consentire una vita indipendente in condizioni di pari opportunità rispetto a tutti gli altri cittadini.

Box 4 Il processo toscano di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni



Gli elementi che potranno portare a compimento il processo di definizione dei livelli essenziali per la non autosufficienza sono, da un lato l'identificazione di strumenti che permettono di definire, in modo unitario, la platea dei beneficiari e, dall'altro, l'infrastrutturazione adeguata e territorialmente omogenea in grado di supportare il percorso di definizione ed erogazione delle prestazioni. I livelli essenziali definiscono il contenuto dell'esigibilità dei diritti civili e sociali e

tale esigibilità non può riferirsi solamente a prestazioni, ma comprende necessariamente anche le complesse attività legate all'accesso ed alla fruizione dei servizi.

Quindi, come evidenziato dalla figura, il sistema attuale prevede innanzitutto la definizione, a livello nazionale, di una misura di sostegno intensivo graduata sulla base della gravosità del carico assistenziale richiesto al caregiver, che sarà oggetto di interventi successivi del FNA. In secondo luogo, sul fronte regionale, il presente Piano individua quelle dotazioni essenziali che devono essere garantite per uniformare e rendere esigibili le prestazioni e che sono rappresentate dal "sistema di accesso, valutazione e presa in carico dell'anziano non autosufficiente e della persona con disabilità, nonché progetto individualizzato e progetto di vita". Tanto più forte sarà la spinta dei due fronti della programmazione (Nazionale e Regionale) tanto più veloce sarà il processo e tanto più ampio sarà il campo di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni. In figura lo sviluppo e l'ampiezza del campo di applicazione dei livelli essenziali delle prestazioni è infatti rappresentato dal livello di compenetrazione delle due programmazioni e dall'essere indirizzate verso una loro completa sovrapposizione. Chiaramente l'esemplificazione grafica, che evidenzia soprattutto il processo, non dà la giusta rilevanza agli interventi messi in campo dal sistema regionale toscano che, per la loro ampiezza e per il loro spessore, finiscono per rendere possibile il processo stesso.

5.1 La linea di intervento per le persone anziane non autosufficienti

Per tale linea la priorità è rappresentata dalla necessità di assicurare la continuità degli interventi consolidando il sistema disegnato dalla L.R. 66/2008 e dal successivo "Progetto per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" (DGR n. 370/2010). Una continuità che guarda anche alla necessità di riqualificare complessivamente il modello, a partire dal sistema di accesso e presa in carico della persona non autosufficiente.

Sul fronte della offerta si pone anzitutto il bisogno di ripensare i servizi per la permanenza a domicilio della persona anziana non autosufficiente. Un ulteriore elemento è poi rappresentato dall'esigenza di promuovere la qualità del sistema integrato dei servizi e delle prestazioni attraverso la revisione del sistema di accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali pubbliche e private autorizzate e dei servizi alla persona. Accanto a ciò il diritto di scelta nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili, anche attraverso titoli di acquisto - la cui erogazione è subordinata alla definizione di un progetto individuale di intervento nell'ambito del progetto assistenziale personalizzato (PAP) - è garantito in Toscana attraverso la cosiddetta "libera scelta" (art.2 comma 4 L.R. 82/2009), ovvero la possibilità per i cittadini di scegliere liberamente la struttura residenziale per anziani non autosufficienti (RSA).

Gli obiettivi generali, che il Piano evidenzia per il triennio, sono dunque:

- 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. 66/08) per garantire, attraverso il Sistema Sociosanitario pubblico 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 oggi disponibili fra 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 suo caregiver (ad es. trasporti, residenzialità temporanea, ristorazione, acquisto di medicine, disbrigo di pratiche burocratiche, iniziative di socializzazione ecc.).

Per quanto attiene l'implementazione delle azioni sul fronte dell'offerta, la priorità è rappresentata dal miglioramento della qualità dell'assistenza e ciò si realizza con:

- 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.
- Il rendere omogenei, a livello regionale, i 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 incrementandone la qualità.
- L'emergenza da Covid-19 ha evidenziato la necessità di una rivisitazione complessiva dell'offerta residenziale 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, infatti, 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, attraverso il sistema di accreditamento, 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 una attenzione continua agli aspetti psicologico-relazionali connessi all'attività di cura e alla sicurezza dei pazienti, anche nell'ambito della lungoassistenza.

- La garanzia per gli ospiti e per le loro famiglie di servizi sempre più rispondenti a percorsi di appropriatezza e di qualità. Infatti, attraverso il sistema di accreditamento e i controlli ad esso connesso, si garantisce al cittadino, che si rivolge ad una struttura accreditata, l'erogazione di prestazioni con livelli di qualità "ulteriori" rispetto agli standard minimi previsti con i soli percorsi autorizzativi. All'interno di un tale sistema le strutture pubbliche e private accreditate garantiscono la tutela del diritto alla salute sulla base di requisiti superiori di qualità e sono le uniche che possono intrattenere rapporti contrattuali (accordi) con il servizio pubblico.
- 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 valorizzando una governance multilivello.

Il presente Piano, sulla scorta delle indicazioni nazionali e di quanto indicato nell'art. 7 della L.R. 66/2008, assume come elementi qualificanti anche le azioni a sostegno delle persone in condizione di disabilità grave, con la relativa articolazione in assistenza domiciliare, assistenza indiretta, anche nella forma di trasferimenti monetari, e interventi complementari come i ricoveri di sollievo.

5.2 La linea di intervento per le persone con demenza

Per tale linea di azione la priorità è rappresentata dalla necessità di proporre un modello di presa in carico che possa rispondere alle criticità assistenziali esistenti mediante interventi efficaci e sostenibili, attraverso il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per le demenze. Lo scopo del percorso è quello di migliorare la gestione integrata della persona con demenza e della sua famiglia ed in particolare fornire una risposta appropriata e tempestiva per la gestione dei disturbi del comportamento. Il percorso va verso un 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.

L'obiettivo generale, già declinato nella DGR n. 1402/2017, è quello di definire uno specifico modello assistenziale da estendere 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. Lo scopo dunque è quello di rendere il percorso omogeneo e coerente su tutto il territorio nella consapevolezza che l'elevato carico assistenziale, posto dai malati affetti da demenza sulle famiglie e sul sistema socio-sanitario, richiede una adeguata programmazione della rete dei servizi specialistici e territoriali.

Ciò potrà realizzarsi attraverso:

- L'implementazione della tempestività e della precocità dell'intervento e dell'appropriatezza del progetto di cura;
- La definizione di 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 differenziazione dell'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;
- Il contenimento dell'istituzionalizzazione della persona con demenza, limitando gli accessi al pronto soccorso e i ricoveri in ospedale;
- L'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici e i percorsi assistenziali;
- Lo sviluppo degli interventi di coinvolgimento attivo e consapevole dei familiari e/o dei *caregiver* e l'*empowerment* delle persone malate e della comunità.

Il Presente Piano nell'ottica di assicurare la continuità e la qualificazione degli interventi, assume i contenuti della DGR sopra richiamata anche per ciò che riguarda le fasi del percorso diagnostico e più in generale le indicazioni per l'organizzazione di una rete sociosanitaria integrata per la cura e l'assistenza delle persone con demenza e il sostegno ai familiari.

5.3 La linea di intervento per le persone con disabilità

Una delle priorità per tale linea di azione è rappresentata dalla necessità di garantire, su tutti gli ambiti territoriali della Toscana, un percorso omogeneo di presa in carico della persona con disabilità. Occorre quindi definire livelli di responsabilità e procedure che assicurino la continuità della presa in carico tra servizi e nelle diverse fasi della vita della persona ed una uniforme modalità di costruzione del profilo di funzionamento per la valutazione dei bisogni.

Gli obiettivi generali per il triennio sono dunque:

- Attivare, a supporto delle Zone distretto e delle SdS, percorsi di accompagnamento, di monitoraggio e di valutazione dell'attuazione del modello regionale per la presa in carico della persona con disabilità, in tutte le sue dimensioni e fasi;
- Assicurare la piena valorizzazione del ruolo centrale della persona con disabilità all'interno della definizione del progetto di vita, attraverso procedure omogenee e formalizzate di coinvolgimento e partecipazione delle persone stesse;
- Estendere l'utilizzo del budget di salute a sostegno della piena realizzazione del progetto di vita;
- Sviluppare i percorsi per il Dopo di noi, attraverso il monitoraggio e la valutazione dell'andamento e della sostenibilità dei progetti attivati nei territori e l'implementazione di risposte residenziali in linea con la richiesta della platea che si è affacciata ai percorsi di accrescimento delle autonomie;
- Estendere la filosofia del Dopo di noi anche a persone con disabilità medio grave e lieve, utilizzando risorse specificamente individuate e finalizzate anche alla messa in campo di risposte alloggiative, in linea con i principi dell'inclusione, della vita indipendente e del Dopo di noi.

Altro elemento di particolare rilevanza è rappresentato dal principio di partecipazione attiva che deve essere garantito alla persona con disabilità. Diventa fondamentale, infatti, al fine di consentire la piena valorizzazione del ruolo centrale della persona con disabilità all'interno della definizione del progetto di vita, definire procedure omogenee e formalizzate di coinvolgimento e partecipazione della persona o di chi la rappresenta.

Dal punto di vista della valutazione, il Piano Regionale, sulla scorta di quanto già definito dalla DGR n. 1449/2017, richiama quelle che sono le direttrici che dovranno portare alla definizione del profilo funzionale, alla valutazione dei bisogni e all'analisi delle risorse della persona e del contesto.

Il momento valutativo, che supera l'approccio assistenziale, deve possedere una logica integrata e multifattoriale. Partendo da uno sguardo complessivo sulla persona, deve tener conto sia degli aspetti oggettivi legati al suo funzionamento e alle sue potenzialità, sia di quelli soggettivi legati alle attese, ai desideri, alle opportunità di scelta, di partecipazione e di autonomia che il contesto è in grado di offrire. In pratica, in un approccio di tipo olistico, che tiene insieme gli aspetti culturali, sociali, familiari e personali, la disabilità rappresenta solo una delle diverse dimensioni da considerare.

Il Piano assume anche le indicazioni contenute nelle DGR n. 1449/2017 e n. 1642/2019, per quanto attiene la definizione del Case manager e le modalità organizzative e operative, che ciascuna Zona distretto dovrà darsi, per assicurare la continuità assistenziale.

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 non sono sostitutivi o compensativi, ma aggiuntivi e complementari a quelli sanitari, o comunque assicurati dai LEA. 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 e sono dirette al raggiungimento delle seguenti finalità:

- L'attivazione o il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio della persona con disabilità, anche attraverso l'assistenza personale ed il supporto alla famiglia;
- Il sostegno alla persona con disabilità e alla sua famiglia eventualmente anche con trasferimenti monetari per l'acquisto di servizi di cura e di assistenza domiciliari o alla fornitura diretta degli stessi da parte di familiari, o di altre figure di *caregiver*, sulla base del piano personalizzato;
- Il supporto alla persona con disabilità e alla sua famiglia eventualmente anche con interventi complementari all'assistenza domiciliare, a partire dai ricoveri di sollievo in strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali.
- Il sostegno attraverso l'assegno di cura, rivolto alle persone che si trovano nelle condizioni di disabilità gravissima e ha l'obiettivo di sostenere un progetto per la permanenza della persona al proprio domicilio. Il contributo va da un minimo di 700,00 a un massimo di 1.000,00 euro mensili, in relazione al livello di complessità assistenziale. 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 sociosanitaria non superiore a 60.000,00 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 1.650,00 euro mensili ed è destinato a sostenere la spesa per uno o più *caregiver* personali, con regolare contratto di lavoro.

Per quanto riguarda infine gli interventi a valere sul fondo regionale, volti ad assicurare la **vita indipendente** e l'inclusione sociale per le persone con disabilità grave, è previsto un contributo economico che va da 800,00 a 1.800,00 euro mensili per il sostegno alla spesa per la contrattualizzazione di un assistente personale a supporto dell'autonomia della persona nell'ambito lavorativo, scolastico, genitoriale e in generale della vita quotidiana.

Forte della lunga esperienza in materia di percorsi e progettualità a sostegno della vita indipendente e della tradizione di valorizzazione del terzo settore, la Regione Toscana, dal 2013 al 2018 ha inoltre accolto l'invito contenuto nei Bandi ministeriali annuali, per la presentazione di progettualità sperimentali in materia vita indipendente e inclusione delle persone con disabilità.

Ai fini della presentazione dei progetti da parte degli ambiti territoriali, oltre ai requisiti previsti dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, relativamente al percorso di presa in carico, Regione Toscana ha coinvolto attivamente il mondo associativo di riferimento, inserendo tra i criteri di premialità nella selezione dei progetti, la co-progettazione pubblico-privato sociale.

I progetti che la Regione ha proposto e che sono stati finanziati dal Ministero, hanno previsto azioni innovative rispetto al contributo per l'assistente personale, sostenendo soprattutto percorsi di sviluppo delle autonomie in funzione dell'abitare in modo indipendente dalla famiglia di origine (housing e co-housing), attività di trasporto e legate alla mobilità, anche in relazione al godimento del tempo libero, nonché percorsi di inclusione sociale e relazionale.

Ciascun Bando ministeriale ha indicato altresì un numero massimo di ambiti regionali finanziabili annualmente che, per Regione Toscana, è stato 12. Su 26 zone distretto in Toscana, 24 hanno partecipato almeno a un Bando, per complessivi 56 progetti finanziati nei 6 anni.

A partire dal 2019, con il Piano nazionale per la Non autosufficienza 2019-2021, il Ministero assegna le risorse per Vita indipendente e la gestione delle progettualità, direttamente alle Regioni, all'interno del FNA, limitandosi a dare indicazioni attraverso proprie Linee guida in merito ai requisiti essenziali e alle modalità di monitoraggio della spesa.

La scelta della Giunta regionale, per l'utilizzo di queste risorse, è quella di coinvolgere tutto il territorio, ripartendo le risorse alle zone distretto e SdS e indicando, attraverso Linee di indirizzo regionali, i criteri prioritari per il sostegno di

progettualità presentate dalle persone con disabilità, a partire da quelle più giovani, che abbiano l'obiettivo di realizzazione di percorsi di autonomia e vita indipendente nell'ambito scolastico, formativo e universitario, nonché nell'ambito lavorativo e di impresa.

6. I Servizi Innovativi

Secondo una delle più accreditate definizioni, le innovazioni sociali sono "nuove soluzioni (prodotti, servizi, modelli, mercati, processi, ecc.) in grado di soddisfare un bisogno sociale (in modo più efficace rispetto alle soluzioni esistenti) attraverso relazioni nuove (o migliorate) e lo sfruttamento innovativo di beni e risorse".

L'innovazione sociale è anche la capacità di combinare in maniera nuova elementi già esistenti. Se dunque è pensabile, la produzione di innovazione sociale potrebbe anche essere sollecitata, laddove se ne avverte maggiormente la necessità, ovvero in quei contesti che sono più logorati dal progressivo allentarsi delle relazioni, dall'indebolimento dei legami di parentela, dal declino del vicinato e dall'affievolimento della base tradizionale della solidarietà. Tutto questo, che finisce per generare ed amplificare la solitudine delle persone e l'isolamento delle famiglie, può diventare oggetto di interventi specifici, che il presente Piano individua come segue:

- **La rete dei servizi di prossimità.** Sul versante della prossimità, a partire dall'esperienza maturata sino ad oggi, ci si dovrebbe muovere verso una copertura più ampia possibile del target e con un sistema finalizzato alla presa in carico dei soggetti più fragili, rendendo sempre più prossimali e senza barriere di sorta, i percorsi rivolti alle persone e alle loro famiglie. Le iniziative, per essere efficaci, dovrebbero essere orientate alla creazione di *Smart Community*, ovvero di azioni che riescono ad incrementare il capitale sociale grazie all'evoluzione delle dinamiche relazionali, che vanno dall'individuo all'intera comunità, utilizzando in modo armonico strumenti che possono derivare da processi sociali, da applicazioni tecnologiche e da infrastrutture innovative. Lo sviluppo di modelli, sulla scorta dell'esperienza delle Botteghe della Salute, inseriti in modo funzionale e con valenze di tipo promozionali, nell'ambito delle reti territoriali dei servizi sociali e sociosanitari di Zona distretto, costituisce una delle possibili vie di sviluppo per questa tipologia di progetti futuri. Attivare, inoltre, percorsi nuovi e condivisi, capaci di fornire risposte articolate e flessibili ai bisogni specifici posti da persone con disabilità o da anziani non autosufficienti o dalle loro famiglie (come ad esempio i servizi specifici per l'Alzheimer), rappresenta l'ulteriore linea di sviluppo. Promuovere la prossimità richiede un modello di *welfare community* in cui tutti gli attori possono giocare un ruolo specifico e i cui obiettivi sono: accompagnare e curare i processi, sensibilizzare il contesto e creare alleanze con soggetti pubblici e privati, gestire processi sociali di tipo comunitario e coinvolgere le persone con disabilità, gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie.
- **Il supporto alla persona con disabilità e alla sua famiglia.** La "consulenza alla pari" e altre forme di sostegno e orientamento, come i gruppi di auto-aiuto, possono rappresentare strumenti validi in quanto da un lato offrono supporti specifici alla persona e alla sua famiglia e dall'altro potenziano e facilitano la realizzazione degli interventi messi in campo dalla rete dei servizi.

Tale supporto può quindi essere previsto sia nella definizione dei progetti personali, che nel perseguimento degli obiettivi che il progetto stesso ha definito, garantendo, nel contempo, sostegno nel fronteggiare gli aspetti più pratici dell'assistenza personale.

Nell'ambito della consulenza alla pari, un primo strumento è senz'altro costituito dal *peer counselling*, che rappresenta una forma specifica di consulenza basata sulle esperienze delle associazioni e delle persone con disabilità ed è tesa a favorire l'empowerment. Il *peer counselling*, in sostanza, incoraggia l'emancipazione sociale, permettendo l'espressione dei bisogni, delle aspirazioni e delle potenzialità delle persone.

Il gruppo di auto-aiuto rappresenta l'altro importante strumento che, basato su un intervento sociale, può essere una risposta efficace e adeguata ad innescare un processo di empowerment per le persone con disabilità e le loro famiglie. Promuovendo il sostegno reciproco tra le persone, i gruppi di auto-aiuto rompono l'isolamento e creano uno spazio per condividere le esperienze in modo informale, genuino e costruttivo.

- **Nuovi modelli di care.** Lo sviluppo della domiciliarità, si rende oltremodo necessario avendo oggi a che fare con servizi che si muovono dentro logiche di rete e di capacitazioni individuali e di comunità. In sostanza, si tratta di ripensare complessivamente la domiciliarità coniugando il consolidato con tutta una serie di servizi aggiuntivi alle persone con disabilità, agli anziani non autosufficienti e alle loro famiglie. Necessitano nuove formule che, basate sulla gestione integrata e multidisciplinare di percorsi, sappiano valorizzare i contributi dei vari attori e dei vari setting assistenziali lungo il continuum di cura del paziente.

All'interno del comparto sanitario e sociosanitario regionale stiamo assistendo al consolidamento di un modello di assistenza, che sta evolvendo da un sistema verticale ospedale-centrico, verso un modello trasversale e integrato tra diversi soggetti (ospedale-territorio-domicilio), in grado di garantire la presa in carico della persona con disabilità o dell'anziano non autosufficiente.

Inoltre, è opportuno sviluppare modelli di presa in carico e di supporto alla popolazione anziana, centrati sul ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità (IFC) inserendolo nel team multi-professionale quale valido aiuto al fine di: sostenere le numerose istanze assistenziali; gestire e monitorare le necessità delle persone in carico; limitare gli accessi impropri al pronto soccorso; assicurare un riferimento certo per l'organizzazione delle cure nella comunità.

Pertanto, si pone sempre più forte la necessità che, accanto ad un ampliamento della platea dei beneficiari, sia analizzato e ampliato il ruolo degli interventi domiciliari nell'ambito dei percorsi assistenziali sperimentati da anziani e persone con disabilità, a fronte di singoli eventi acuti, oppure nella gestione delle esigenze di lungo assistenza legate alla cronicità e alla non autosufficienza.

- **L'innovazione tecnologica per il sostegno della persona e per la sua autonomia.** L'utilizzo di tecnologie digitali a supporto dell'attività di monitoraggio delle condizioni di benessere, della persona anziana non autosufficiente o della persona con disabilità, nei vari ambiti di vita (in particolare di quello domiciliare) può consentire di individuare segni di allerta precoce, ottimizzare il bisogno di visite specialistiche e diminuire il ricorso all'ospedalizzazione, accrescere il senso di sicurezza e migliorare la qualità di vita. All'interno di tale logica, che pone l'innovazione tecnologica al servizio dell'innovazione del welfare, vanno viste le nuove progettualità, introdotte recentemente dalla Regione sulla teleassistenza e sul telemonitoraggio (DGR 1614/2019 e DGR 464/2020). Queste nuove tipologie di cura, associate all'assistenza domiciliare e basate su visite mediche programmate, su controlli infermieristici e sul monitoraggio costante dello stato di salute del paziente, possono assicurare la continuità ed una assistenza territoriale adeguata anche nella fase del post emergenza Covid-19. Su tale linea va anche sottolineata la necessità dello uso delle nuove tecnologie per qualificare sempre di più l'accesso alla rete dei servizi (in particolare la rete dei Puntolinsieme) da parte delle persone con disabilità e delle persone anziane non autosufficienti e delle loro famiglie.

6.1 Strumenti e risorse per l'innovazione

La coprogettazione, per le sue caratteristiche intrinseche, potrebbe essere l'incubatore dell'innovazione sociale. Infatti, il metodo di lavoro che si sviluppa nell'ambito dei percorsi di coprogettazione prevede condivisione, confronto e networking, offrendo un'esperienza di crescita che mira a trasformare i team coinvolti in innovatori sociali capaci di creare un reale impatto nel tessuto sociale di riferimento. Una rete di partner all'interno di processi di condivisione accelera conoscenza e può attivare risorse nuove e risposte inedite ed efficaci. Attraverso un approccio alla progettazione di tipo dialogico e partecipativo, si rende possibile lo svilupparsi di esperienze che partono dal basso, che si moltiplicano nei territori grazie a nuove forme di partnership tra soggetti pubblici e soggetti privati e che si imperniano sull'investimento e sull'innovazione sociale. Ciò conduce allo spostamento del baricentro della progettazione innovativa verso interventi rivolti alla promozione sociale e destinati a superare una logica rivolta solo alla protezione sociale. Queste sono attività che hanno tutte le caratteristiche per essere finanziate da risorse derivanti da fondi europei, essendo finalizzate alla promozione del raccordo e dell'integrazione tra servizi e tra quei settori di policy cruciali per rafforzare le dinamiche di coesione sociale (politiche per l'inclusione sociale, politiche di

Long Term Care e domiciliarità, politiche di innovazione e sviluppo locale). In questo senso la nuova programmazione dei Fondi UE rappresenta un'occasione che deve essere colta. In particolare, il nuovo Fondo Sociale Europeo Plus (FSE+) giocherà un ruolo essenziale nella futura programmazione del Quadro Finanziario Pluriennale, costituendo il principale strumento finanziario dell'UE per sostenere gli investimenti a favore delle persone e l'attuazione del Pilastro Europeo dei diritti sociali, con programmi e obiettivi specifici nei settori dell'occupazione, dell'istruzione, della mobilità, dell'inclusione sociale, dell'eliminazione della povertà e della promozione della salute, incluso l'equo accesso ai servizi e un rafforzamento delle politiche sanitarie più in generale. La nuova architettura del FSE+ è tale rendere possibili l'elaborazione e la sperimentazione di iniziative e di politiche volte a migliorare l'efficienza, l'accessibilità, la resilienza e la sostenibilità dei sistemi sanitari e sociosanitari.

Le politiche sociali in Toscana hanno già scelto, in piena attuazione delle direttive comunitarie, di utilizzare una quota rilevante delle risorse del POR FSE 2014-2020 (Asse B "Inclusione Sociale e lotta alla povertà") per rafforzare l'inclusione sociale.

Bandi e progetti della corrente programmazione hanno visto l'introduzione di alcuni elementi fortemente innovativi, quali la co-progettazione zonale pubblico-privato, la pianificazione degli interventi all'interno dei servizi socio-sanitari e sanitari. La nuova programmazione 2021-2027 vedrà il consolidamento delle azioni intraprese anche attraverso la dotazione di infrastrutture digitali a sostegno dei servizi socio-sanitari.

Significativo è stato l'impegno della Regione Toscana nel destinare alle persone con disabilità una quota rilevante delle misure all'interno dell'Asse B "Inclusione Sociale e lotta alla povertà" del POR FSE 2014-2020, per lo svolgimento di percorsi individualizzati di socializzazione e accompagnamento al lavoro.

L'obiettivo principale è stato quello di attuare un modello di presa in carico integrata tra il sistema dei servizi sociali e sanitari territoriali e i Centri per l'Impiego competenti per le azioni di politica attiva del lavoro, attraverso la condivisione di procedure, flussi informativi e strumenti di lavoro finalizzata, nel rispetto delle specifiche competenze, a realizzare programmi personalizzati di inserimento lavorativo.

Una ulteriore linea di intervento ha riguardato il potenziamento della continuità assistenziale ospedale-territorio, realizzando servizi integrativi di assistenza socio-sanitaria a favore di persone con disabilità grave e anziani con temporanea limitazione dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, per un periodo di tre settimane dopo la dimissione ospedaliera, da fruire con buoni servizio.

Infine è stato attivato un Bando finalizzato a favorire la permanenza presso il proprio domicilio delle persone non autosufficienti o affette da demenza nella fase iniziale della malattia, attraverso il sostegno economico alle famiglie e all'attivazione di pacchetti di servizi composti sulla base di un Piano individualizzato che possa prevedere la combinazione di diverse tipologie di prestazioni anche innovative rispetto alle risposte formali normalmente previste dal sistema territoriale. Importante elemento di innovazione è rappresentato dalla possibilità di prevedere come risposta alle persone con demenza e alle famiglie servizi come i Caffè e gli Atelier Alzheimer e la partecipazione alle attività proposte dai Musei che fanno parte della Rete Musei Toscani per l'Alzheimer.

7. Le azioni di supporto

Al fine della riqualificazione del sistema integrato di servizi sociosanitari, affinché sia in grado di assicurare al cittadino "la certezza sui tempi, quantità e qualità delle risposte assistenziali idonee per affrontare e risolvere il proprio bisogno", il Piano regionale intende promuovere azioni finalizzate da un lato, al rafforzamento del sistema zonale integrato e, dall'altro, al coinvolgimento delle persone con disabilità, delle persone non autosufficienti, delle loro famiglie, dei caregiver e, più in generale, delle comunità locali.

Tali azioni sono: la comunicazione e la promozione sociale; il sistema informativo dei servizi territoriali; l'accreditamento regionale istituzionale per il sistema sociale integrato; le azioni di formazione; il piano di monitoraggio e la valutazione.

Nella tabella seguente, per le diverse aree in cui si struttura il supporto all'implementazione del Piano, sono riportate sinteticamente le attività previste e gli strumenti da mettere in campo.

Tab. 6 Azioni di supporto

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ	STRUMENTI
COMUNICAZIONE	Informazione e promozione sociale sui percorsi e sulle opportunità della rete regionale dei servizi sulla non autosufficienza e sulla disabilità	- Attivazione delle reti territoriali formali ed informali (Botteghe della salute, Patronati ...) - Attivazione dei servizi di ascolto e di orientamento sia regionali che territoriali (Centro di Ascolto regionale, sportelli dell'Associazione...) - Potenziamento e manutenzione dei siti dedicati
	Comunicazione diretta agli operatori della rete territoriale dei servizi	- Sessioni Informative/formative per servizi specifici (es. Formazione operatori delle Botteghe della Salute) - Sessioni informative/formative per temi specifici (formazione sui percorsi di accreditamento ...)
SISTEMA INFORMATIVO	Implementazione di un nuovo sistema informativo dei servizi territoriali	Progetto ASTER-Cloud "Unificazione cartella socio-sanitaria" attraverso l'accorpamento degli applicativi in uso nelle Aziende UU.SS.LL. toscane per la gestione del territorio
	Classificazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato.	Definizione del nomenclatore nella versione 2.0
	Avviare un percorso di rafforzamento della governance della zona-distretto attraverso il sistema informativo sull'offerta territoriale di servizi e strutture del sistema integrato.	- Progetto "Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociosanitari e Sociali Integrati" - Sessioni informative/formative dirette agli operatori sul Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali (SIOSS)
	Potenziare il Sistema Informativo Regionale Sociale e Socio-Sanitario Integrato (SIRSSI)	Messa in produzione del secondo modulo del sistema per la gestione delle liste di autovalutazione e delle attività di controllo e di valutazione svolta dal GTRV
ACCREDITAMENTO	Promuovere un processo di miglioramento continuo della qualità assistenziale offerta dalle strutture	Attività generale assicurata dalla "Commissione regionale per la qualità e la sicurezza"
	Ultimare il quadro di riferimento e di indirizzo regionale per il procedimento di accreditamento	Modifica del regolamento vigente DPGR del 3 marzo 2010, n.29/R, delibera di Giunta di approvazione dei requisiti specifici e degli indicatori
FORMAZIONE	Formazione specialistica: - Formazione dei professionisti dell'accesso, valutazione e presa in carico - Formazione per gli operatori della rete dei servizi, istituzionali e non, coinvolti nei percorsi della presa in carico	- Moduli formativi per la formazione integrata di tutti gli operatori delle reti territoriali (es. percorso formativo sulle demenze) - Moduli formativi sui sistemi informativi - Moduli formativi per l'attuazione del modello regionale per l'accREDITamento delle strutture e per svolgere azioni di controllo - Moduli formativi organizzati anche attraverso la modalità dei Circoli di Studio - Percorsi formativi e di autoformazione attraverso specifiche comunità di pratica
	Formazione generale: - Formazione diretta agli operatori della rete dei servizi, istituzionali e non, coinvolti nel percorso della presa in carico - Formazione diretta alle persone, ai familiari e ai caregiver	Organizzazione di moduli formativi da replicare su base territoriale anche attraverso la formazione dei formatori
	Promozione e sensibilizzazione attraverso azioni di sensibilizzazione e di promozione rivolti alla totalità della popolazione e organizzate su base comunitarie	Seminari ed incontri di approfondimento sulle diverse tematiche dirette a specifici <i>stakeholder</i> territoriali o alla popolazione in generale
MONITORAGGIO E VALUTAZIONE	Azioni di monitoraggio sui parametri di sistema definiti nel Piano	- raccolta dati attraverso schede di rilevazione - sessioni di audit sui parametri di sistema indicati come prioritari - realizzazione di Focus Group diretti alle persone in carico, ai loro familiari e caregiver, finalizzati a monitorare il grado di coinvolgimento e il livello di qualità percepita - Redazione del report di monitoraggio
	Monitoraggio e valutazione degli effetti della progettazione personalizzata e del progetto di vita (su base campionaria)	- Monitorare l'effettiva erogazione delle prestazioni sul campione di assistiti - Seguire le dinamiche della singola persona e del suo nucleo familiare nel periodo considerato - Valutare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali - Valutare i risultati in relazione agli obiettivi di salute definiti all'interno della progettazione

7.1 Gli strumenti della comunicazione e della promozione sociale

Un'area di intervento specifica sulla comunicazione sociale si rende necessaria, al fine di strutturare e rendere più efficaci tutti gli strumenti e le azioni che a vario titolo si richiamano alla comunicazione pubblica, tesa a veicolare messaggi affini all'utilità collettiva e che nello specifico sono diretti ai diversi target di cui il presente Piano si occupa. Accanto alle attività comunicative vere e proprie, sono necessarie anche le 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, che devono essere coordinate a livello di Zona Distretto, sono:

- L'attivazione di un'ampia e capillare informazione, sia attraverso tutti i canali istituzionali che tramite quelli informali, diretta alle persone con disabilità, alle persone anziane non autosufficienti, alle persone con demenza, ai loro familiari e ai caregiver. Un'informazione diretta a veicolare le modalità di accesso e a far conoscere le opportunità che la rete dei servizi dedicati mette a disposizione.
- L'attivazione della rete delle Botteghe della Salute e dei soggetti del terzo settore impegnati in attività di sportello, che possono fornire informazioni corrette e possono orientare i cittadini verso la rete degli sportelli "PuntoInsieme".
- 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. Un esempio in tal senso è il Progetto regionale "Solidarietà per la Demenza" dove l'obiettivo principale è la costruzione di una "Comunità Consapevole e Solidale verso la Demenza" (DGR 637/2019).
- Il coinvolgimento del Centro di Ascolto Regionale, nell'attività di orientamento di cittadini verso la rete territoriale di accesso ai servizi (PuntoInsieme).
- Il potenziamento e aggiornamento continuo del "Portale delle RSA", quale strumento per conoscere le Residenze sanitarie assistenziali toscane, autorizzate, accreditate e finanziate dal Servizio sanitario regionale;
- L'aggiornamento continuo di pagine dedicate sul sito web istituzionale della Regione Toscana (ad esempio la pagina che fornisce informazioni scientifiche sulle demenze e sui Servizi dedicati) e di Portali specifici e la messa in rete dei Portali dei Comuni e quelli delle Aziende USL e delle Società della Salute;
- Un approfondimento specifico va dedicato a "Toscana Accessibile. Portale per la disabilità" che per il fatto di essere continuamente aggiornato e per le sue caratteristiche di fruibilità e semplicità, rappresenta uno strumento fondamentale per rendere sempre più accessibili le informazioni, le notizie e le opportunità per le persone con disabilità. Dal portale si può accedere anche al percorso PASS (Percorsi Assistenziali per Soggetti con bisogni Speciali) avviato con DGRTn. 666 del 19 giugno 2017, che ha come obiettivo l'equità di accesso ai servizi sanitari delle persone con disabilità nei diversi ambiti di erogazione delle cure: dalle prestazioni ambulatoriali, alle prestazioni in regime di ricovero, dai servizi di emergenza-urgenza a quelli di prevenzione.

7.2. I sistemi informativi territoriali e regionali

Per l'attuazione delle linee strategiche individuate dal Piano, il supporto di un sistema informativo sul "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" (L.R. n.41/2005) è di importanza strategica perché gestisce - a livello zonale - il patrimonio informativo che riguarda servizi e strutture, personale e budget, ovvero le risorse territoriali per la programmazione e l'erogazione degli interventi. I dati gestiti dal sistema

costituiscono inoltre la fonte certificata per la costruzione di indicatori organizzati sui diversi livelli di governo (Comune, Zona-distretto, Regione) e per l'adempimento dei debiti informativi legati a monitoraggi e rendicontazioni regionali e nazionali.

La progettazione del sistema è organizzata per fasi e moduli funzionali, disegnati perché venga garantita l'interoperabilità e la cooperazione applicativa con i sistemi informativi regionali e territoriali esistenti che gestiscono domini informativi collegati. Il fine è alimentare un sistema zonale che, utilizzando investimenti già fatti, introduce omogeneità e razionalizzazione nella gestione dei flussi, rendendo altresì possibile disegnare profili di intervento vicini ai bisogni dei cittadini, aumentando l'efficienza nell'erogazione dei servizi alle persone, auto e non autosufficienti.

Tra i canali di alimentazione del sistema sono da attenzionare: il Sistema ASTER-Cloud, in uso alle zone distretto per la gestione della cartella sociale integrata e del percorso della Non autosufficienza; il Sistema Telematico di Accettazione Regionale (STAR), in dotazione agli sportelli unici delle attività produttive (SUAP) Comunali per la gestione delle istanze di dichiarazione di inizio attività, autorizzazione al funzionamento e accreditamento istituzionale delle strutture e dei servizi (di cui agli artt. 21 e 22 della L.r. n.41/2005).

Il canale STAR/SUAP è già integrato, a livello operativo, con SIRSSI, il Sistema Informativo Regionale Sociale e Sociosanitario Integrato, che supporta a livello amministrativo, gestionale e organizzativo il nuovo percorso di accreditamento regionale delle strutture autorizzate al funzionamento (art.21 L.r. 41/2005). L'implementazione di SIRSSI è stata progettata in base alle due fasi previste dall'iter: la procedura di richiesta e concessione dell'accREDITamento; le attività di valutazione e verifica delle strutture accreditate. Le principali funzionalità del sistema sono state perciò sviluppate per la gestione dei dati inerenti: le istanze di autorizzazione e accreditamento delle strutture del sistema integrato inviate attraverso il sistema STAR/SUAP; la produzione dei decreti di rilascio, di revoca e di decadenza dell'accREDITamento; gli elenchi delle strutture accreditate da pubblicizzare; le autovalutazioni annuali dell'attività svolta dalla struttura che sono inviate attraverso il sistema STAR/SUAP; l'attività di valutazione e controllo del GTRV.

Per conseguire la messa in produzione degli strumenti informativi di supporto al Piano, occorre:

- Dotare le zone-distretto di un unico sistema informativo (ASTER-Cloud) per la gestione della cartella sociale integrata e del percorso della Non autosufficienza (e in prospettiva anche della disabilità) dalla segnalazione del bisogno alla conclusione del percorso di presa in carico. Il sistema sarà la fonte di riferimento regionale per rispondere al debito informativo nazionale previsto ai fini dell'erogazione del Fondo sulla Non Autosufficienza e alimentato dai flussi informativi SIAD/FAR per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare e delle prestazioni erogate in strutture di tipo residenziale (RSA) e semi-residenziale (CD) per anziani o soggetti non autosufficienti. Di conseguenza il sistema è di riferimento anche per gli indicatori LEA costruiti dai dati raccolti con i flussi SIAD/FAR.
- Introdurre un nuovo vocabolario regionale per la classificazione degli interventi e dei servizi del sistema integrato, comprendente gli interventi dei settori sociali e sociosanitari, che sono parte integrante dall'area della Non Autosufficienza. Il nomenclatore nella versione 2.0 è prodotto dall'integrazione e dall'inclusione dei diversi nomenclatori riconosciuti a livello regionale (DGRT580/2009, DGRT 1076/2018) e nazionale ed è il riferimento per lo scambio di informazioni tra sistemi e flussi.
- Promuovere un piano informativo/formativo agli ambiti zionali per assolvere il nuovo debito informativo nazionale indicato nel DM 103 del 22 agosto 2019 che prevede l'alimentazione del Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali (SIOSS), compresi quelli afferenti alle aree assistenziali della non autosufficienza.
- Avviare un percorso di rafforzamento della governance della zona-distretto attraverso il sistema informativo sull'offerta territoriale di servizi e strutture del sistema integrato. Il Sistema Informativo Unitario dei Servizi Sociosanitari e Sociali Integrati (SIUSSI) potrebbe rendere disponibile alla zona-distretto il basamento informativo delle risorse territoriali, (servizi, strutture, professioni e budget) attraverso il "Portale" che opera in cooperazione applicativa con i sistemi esistenti.

- Potenziare il SIRSSI, ultimando la seconda fase di sviluppo che dovrà interessare la gestione:
 - delle liste di autovalutazione che il rappresentante legale della struttura deve annualmente inviare tramite il sistema STAR/SUAP;
 - delle strutture che saranno oggetto di valutazione, anche con metodo a campione;
 - delle attività di controllo e di valutazione svolta dal GTRV.

7.3 L'accreditamento istituzionale regionale per il sistema sociale integrato

Nel sistema sociale integrato toscano le politiche per la qualità sono ormai parte integrante della governance e vengono sostenute attraverso un processo di promozione e miglioramento continuo della qualità delle prestazioni, dell'efficienza dell'organizzazione, dell'uso delle risorse e della formazione. In questo scenario si inserisce il percorso di innovazione del sistema di accreditamento istituzionale delle strutture autorizzate al funzionamento, dei servizi di assistenza domiciliare e di altri servizi alla persona previsti dalla L.R. 24 febbraio 2005, n. 41 Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale.

L'accreditamento svolge un ruolo centrale nel sistema di governance perché è il requisito che permette a soggetti pubblici e privati di fare gli accordi necessari per erogare prestazioni sociali e socio sanitarie per conto degli enti pubblici competenti; peraltro i cittadini destinatari delle prestazioni possono esercitare il diritto di scelta solo nell'ambito delle strutture e dei servizi accreditati e disponibili.

Uno dei più importanti elementi di cambiamento che ha interessato le strutture del sistema integrato riguarda lo spostamento della competenza in materia di accreditamento dal livello comunale a quello regionale, ritenuto il livello ottimale per garantire standard qualitativi uniformi su tutto il territorio toscano. Diversamente, l'autorizzazione al funzionamento di tali strutture - che è la condizione necessaria per accreditarsi - rimane di competenza del Comune ove risiede la sede operativa. L'autorizzazione viene concessa in base al possesso dei requisiti minimi strutturali, organizzativi e di personale contenuti nel Regolamento approvato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 9 gennaio 2018, n. 2/R, che sono verificati da una commissione multidisciplinare (art.20 L.r. n.41/2005), di cui il Comune si avvale per esercitare le successive attività di vigilanza (art.23 L.r. n.41/2005).

Nessun cambiamento ha invece riguardato il sistema dei servizi di assistenza domiciliare e di altri servizi alla persona, per i quali il Comune mantiene la titolarità in merito all'accreditamento e la Regione riguardo alla normativa.

Sia le strutture che i servizi dovranno riaccreditarsi per dichiarare la conformità alle nuovo modello normativo.

Il nuovo percorso di accreditamento

Le novità introdotte dal nuovo sistema hanno ridisegnato l'organigramma funzionale previsto dal modello precedente, introducendo nuovi attori, ruoli e strumenti. Di seguito si descrivono in modo sommario le principali caratteristiche del percorso, in base a due macro-fasi che riguardano: la prima di accreditamento e la successiva di valutazione e verifica.

Fase1 - Richiesta e rilascio dell'accreditamento. Il rappresentante legale della struttura (RL) avvia il procedimento presentando alla Giunta Regionale la dichiarazione sostitutiva sottoscritta del possesso dell'autorizzazione al funzionamento e dei requisiti generali contenuti nel Regolamento approvato con Decreto della Giunta Regionale il 3



marzo 2010, n. 29/R. L'istanza deve essere presentata soltanto attraverso il Sistema Telematico di Accettazione Regionale (STAR), in dotazione agli sportelli unici delle attività produttive (SUAP) Comunali. La Giunta regionale (RT) rilascia, entro trenta giorni dalla data di presentazione dell'istanza, l'accreditamento istituzionale, che ha validità di cinque anni decorrenti dalla data di presentazione dell'istanza e comunica l'avvenuto rilascio al richiedente e al comune competente per territorio. La Giunta regionale predispone anche l'elenco delle strutture accreditate, prevedendo forme idonee di pubblicità e di aggiornamento. Ai fini del rinnovo, il legale rappresentante della struttura accreditata deve presentare istanza alla Giunta regionale, non oltre la data di scadenza dell'accreditamento, a pena di decadenza.

Fase 2 - Attività di valutazione e controllo. Il rilascio dell'accreditamento apre la seconda fase del percorso, relativa alle attività di valutazione e controllo regionale.

Entro un anno dall'accreditamento e, successivamente, con periodicità annuale, i soggetti accreditati sono obbligati - pena decadenza dell'accreditamento - ad effettuare la verifica dell'attività svolta e dei risultati raggiunti, sulla base degli indicatori previsti e devono trasmetterne la documentazione alla Giunta regionale. Per l'esercizio delle attività di controllo la Giunta regionale si avvale del Gruppo tecnico regionale di valutazione (GTRV), che è composto da esperti in materia di qualità e di valutazione delle prestazioni del sistema sociale integrato.

I valutatori svolgono i sopralluoghi necessari per effettuare i controlli sul possesso e sul mantenimento dei requisiti generali e specifici e sulla conformità agli indicatori.

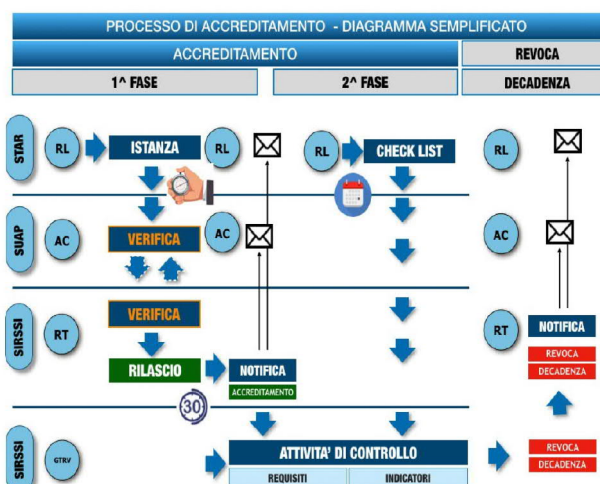
Se i controlli hanno esito negativo, la Giunta regionale ne dà comunicazione alla struttura e stabilisce un termine per l'adeguamento, non inferiore a trenta giorni; in caso di mancato adeguamento al termine assegnato, la Giunta regionale invia formale sollecito e se la struttura non risponde neanche nei termini stabiliti dal sollecito, la Giunta regionale procede alla revoca dell'accreditamento, che non può essere nuovamente concesso prima di sei mesi, dandone comunicazione al comune competente per territorio ed alla struttura.

Un altro importante elemento di innovazione del sistema riguarda la Commissione regionale per la qualità e la sicurezza (art.40 della L.R. 51/2009), articolata in due sezioni, una per l'accreditamento sanitario e l'altra per l'accreditamento sociale integrato. Quest'ultima sezione svolge funzioni tecnico-scientifiche, consultive e di tutela e garanzia di equità del sistema. In sintesi: svolge attività di consulenza in materia di qualità; può esprimere parere sui requisiti e sui relativi criteri per i vari livelli di valutazione previsti dal sistema di accreditamento; formula proposte per lo svolgimento delle funzioni di controllo e per indirizzare le attività dei gruppi regionali di valutazione e del gruppo di verifica; promuove azioni formative.

Come ulteriore elemento di novità, nel nuovo percorso i requisiti generali, sia per le strutture, sia per i servizi di assistenza domiciliare e di altri servizi alla persona, continuano ad essere disciplinati nel Regolamento di attuazione della L.R. n.82/2009, mentre i requisiti specifici e gli indicatori sono contenuti in una deliberazione della Giunta regionale, che è uno strumento più flessibile rispetto alla norma. L'attuazione del nuovo sistema ha richiesto alla struttura tecnica regionale un lungo e importante impegno per modificare il quadro normativo vigente definito dalla L.R. n.82/2009 e dal Regolamento DPGR del 3 marzo 2010, n.29/R, che è tuttora in fase di modifica normativa.

Per consolidare il percorso occorre:

- Ultimare il quadro normativo di riferimento e di indirizzo regionale per il procedimento di accreditamento (modifica del regolamento vigente DPGR del 3 marzo 2010, n.29/R, delibera di Giunta di approvazione dei requisiti specifici e degli indicatori);



- Attivare le procedure per il reclutamento dei Valutatori regionali e istituire il GTRV;
- Completare la modulistica da inserire su STAR/SUAP per l'invio dell'istanza e delle liste di autovalutazione;
- Attivare percorsi di informazione e formazione a sostegno dei Comuni e dei rappresentanti istituzionali per l'attuazione del modello regionale. L'azione formativa sarà di sostegno per approfondire gli aspetti del procedimento legati alla conoscenza della normativa, alle modalità di autovalutazione dell'attività svolta, alla procedura informatica;
- Attivare percorsi di informazione e formazione a sostegno dei rappresentanti legali delle strutture e in generale agli Stakeholders. L'azione formativa sarà di sostegno per approfondire gli aspetti del procedimento legati alla conoscenza della normativa, alle modalità di autovalutazione dell'attività svolta, alla procedura;
- Attivare percorsi di formazione per i membri del GTRV;
- Creare una pagina dedicata sul sito web istituzionale della Regione Toscana che fornisce informazioni sui procedimenti di autorizzazione al funzionamento e di accreditamento per le strutture del sistema integrato, di cui all'art.21 della L.R. 41/2005;
- Produrre materiale divulgativo sul procedimento di accreditamento per rafforzare la campagna di comunicazione sociale.

7.4 I percorsi formativi

La riqualificazione e l'innovazione del sistema dei servizi territoriali, sia per l'area della non autosufficienza che per quella della disabilità, necessita di una robusta azione formativa che punti al raggiungimento dei seguenti obiettivi di carattere generale:

- Aggiornamento e rafforzamento delle competenze di tutti i professionisti coinvolti a vario titolo nelle reti dei servizi territoriali;
- Sostegno alle diverse professioni per la gestione di fasi e servizi specifici;
- Condivisione di strumenti, procedure, modelli operativi e materiali che possono risultare utili;
- Scambio di conoscenze, di esperienze e di pratiche che funzionano tra i territori;
- Coinvolgimento e attivazione delle competenze e delle conoscenze che le persone, le loro famiglie e i contesti comunitari possono mettere in gioco nella realizzazione dei percorsi di inclusione sociale.

Per far ciò si individuano due ambiti, sui quali verranno strutturati gli specifici percorsi formativi:

- a) **la formazione di tipo generalista**, rivolta sia alla generalità dei professionisti, pubblici e privati, coinvolti a vario titolo nei percorsi di presa in carico e nella rete dei servizi, sia alle persone con disabilità, ai caregiver e ai familiari. Il Piano di formazione pluriennale, che viene ad essere tracciato in questa sede, può rappresentare un elemento strategico rilevante, anche ai fini della formazione per i familiari, per i caregiver e per sensibilizzare le comunità locali sui diversi temi. Per rendere efficace tale azione diventa centrale la disponibilità di formatori in grado di sviluppare sessioni di sensibilizzazione e di formazione che, sul piano dei contenuti e dei format presentati, siano omogenee e perfettamente tarate sui diversi gruppi target. La modalità con le quali sarà strutturata tale attività prevede l'individuazione di formatori tra gli stessi operatori del sistema dei servizi (pubblici e privati), che andranno a formare a cascata e con una articolazione di moduli differenziati sulla base dei diversi bisogni formativi, i vari soggetti del territorio, a partire dai familiari e dai *caregiver*.
- b) **la formazione specialistica** per i professionisti che lavorano all'interno dei percorsi di accesso, valutazione e progettazione e/o nella rete dei servizi, istituzionali e non. La formazione specialistica si avvarrà di percorsi che potranno essere sviluppati anche all'interno della Comunità di Pratica che verrà attivata e sostenuta, con l'obiettivo primario di socializzare esperienze di auto-progettazione dei percorsi formativi. All'interno della Comunità di Pratica una rilevanza particolare potrà assumere anche l'organizzazione di "circoli di studio", ovvero di attività auto formative fondate sulla richiesta della domanda di apprendimento da parte dei professionisti che, riuniti in piccoli gruppi e avvalendosi di tutor e di esperti, possono formarsi rispetto al tema scelto.

Il Piano individua nella formazione specialistica la priorità di intervento e nello specifico delinea anche quali sono i percorsi formativi da attivare nell'immediato:

- **La formazione per gli operatori degli sportelli "PuntoInsieme".** La formazione sarà tesa a migliorare le capacità di lettura delle problematiche che possono ricavarsi dalla segnalazione di un bisogno da parte del cittadino o del familiare. Altro elemento sul quale dovrà insistere il percorso formativo dovrà essere *l'Analisi Preliminare* che serve ad identificare i bisogni della persona e del suo nucleo familiare, a raccogliere le informazioni utili a comprendere verso quali percorsi deve essere orientata la domanda. Il fine è quello di migliorare 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 già a partire dal primo contatto.
- **La formazione interprofessionale per l'area della Demenza.** Tale percorso è teso ad unire 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. È su questi presupposti che è necessario strutturare 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 equipe multidisciplinari.
- **La formazione per l'equipe di valutazione multidisciplinare per la area della disabilità (UVMD).** Si tratta di interventi formativi specifici che interessano, in primo luogo, l'area valutativa del percorso di presa in carico, nelle sue diverse dimensioni e nell'utilizzo di metodologie e procedure idonee e omogenee. In secondo luogo, la formazione interesserà gli aspetti relativi al **progetto di vita** sostenuto dalle modalità di costruzione progettuale che l'approccio del **Budget di salute** porta con sé. In sostanza, il percorso formativo dovrebbe consentire che la metodologia di integrazione sociosanitaria - basata su progetti personalizzati sostenuti da un budget, dove l'insieme delle risorse (economiche, professionali e umane) vengono finalizzate a promuovere l'inclusione sociale del soggetto assistito e della sua famiglia - sia estesa su tutto il territorio regionale.

7.5 Il monitoraggio e la valutazione

Con questo Piano si intende porre in essere un sistema di osservazione che prenda in considerazione vari fattori che incidono sui tre modelli dinamici per la presa in carico delle persone con disabilità, delle persone non autosufficienti e delle persone con demenza.

Il Sistema di monitoraggio/valutazione prevede quattro aree di controllo così declinate:

- Area della pianificazione e programmazione per la governance della rete dei servizi
- Area delle Prestazioni e Servizi
- Area della Comunicazione e partecipazione
- Area dell'efficienza ed appropriatezza organizzativa delle reti territoriali.

Nella tabella che segue, per ciascuna delle aree di controllo descritte, vengono definiti i requisiti che devono essere soddisfatti, le evidenze che devono essere vagliate e gli indicatori di raggiungimento di risultato. In fase di prima applicazione, il monitoraggio per l'area delle prestazioni e servizi è limitato al percorso di accesso valutazione e progettazione. Nel corso del triennio si provvederà a definire anche per le strutture di erogazione (sia domiciliari che residenziali) i relativi requisiti, le evidenze e gli indicatori, procedendo così all'estensione del monitoraggio e della valutazione anche per tali ambiti di intervento.

Per la realizzazione del monitoraggio e della valutazione verrà utilizzata la seguente strumentazione:

- Specifiche schede di rilevazione per la raccolta dati;

- Sessioni di audit sui parametri di sistema indicati nelle aree di controllo;
- Focus Group diretti alle persone in carico, ai loro familiari e *caregiver*, finalizzati a monitorare il grado di coinvolgimento e il livello di qualità percepita;
- Schede di rilevazione dell'effettiva erogazione delle prestazioni su un campione di assistiti;
- Specifiche schede di rilevazione e di analisi, su base campionaria, attraverso cui:
 - Seguire le dinamiche della singola persona e del suo nucleo familiare nel periodo considerato;
 - Valutare il raggiungimento degli obiettivi assistenziali;
 - Valutare i risultati in relazione agli obiettivi di salute definiti all'interno della progettazione.

IL MONITORAGGIO DEL PIANO				
AREA	REQUISITI	EVIDENZE	INDICATORI	
PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E STRUMENTI DI REGOLAZIONE	Programmazione specifica: Modalità di pianificazione, programmazione e organizzazione delle attività di assistenza e di supporto	Documento zonale di pianificazione di settore che contenga obiettivi basati sull'analisi dei bisogni e/o della domanda di servizi/prestazioni sanitarie e sociali	SI/NO	
	Modalità e strumenti di gestione delle informazioni	Infrastruttura territoriale dedicata alla programmazione ed al coordinamento delle reti (Ufficio di Piano)	SI/NO	
	Modalità e strumenti di valutazione della qualità dei servizi	Presenza di sistema informativo che consenta la tracciatura dei dati e fornisca il supporto alle attività di pianificazione e controllo.	SI/NO	
		Presenza di strumenti per la valutazione della qualità delle prestazioni e dei servizi offerti che includa la definizione di standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione.	SI/NO	
	Regolamenti di accesso ai servizi socio-sanitari territoriali	Presenza di regolamenti di accesso ai servizi socio-sanitari per la disabilità e le persone anziane non autosufficienti	SI/NO	
	Tipologia di prestazioni e servizi erogati	Presenza della Carta dei Servizi aggiornata	SI/NO	
		Presenza di protocolli e procedure Conoscenza da parte del personale dei protocolli e delle procedure	SI/NO	
	Modalità e tipologia della rete dei servizi dedicati all'informazione e al supporto	Formalizzazione accordi/protocolli per la creazione di sportelli/servizi di prossimità	SI/NO	
			Presenza di infrastrutture dedicate all'accesso	Nr. Sportelli attivati Media delle ore di apertura
	Modalità e tipologia della rete dedicata alla segnalazione e all'accesso	Presenza e formalizzazione di procedure per la prima lettura del bisogno (analisi preliminare) e invio al PUA	SI/NO	
			Condivisione con i professionisti dei servizi "segnalanti" del protocollo di invio al PUA	SI/NO (Se SI) Nr. professionisti coinvolti
	PRESTAZIONI E SERVIZI	Presenza in carico	Protocollo operativo per l'attivazione delle Unità di Valutazione dedicate	SI/NO
			Presenza di protocolli valutativi di tipo multidimensionale, al fine di definire - per le persone anziane non autosufficienti - il bisogno assistenziale su cui costruire il progetto personalizzato.	SI/NO Nr. PAP attivati/totale delle persone non autosufficienti in carico
			Presenza di protocolli valutativi per le persone con disabilità che assicurino la costruzione di profili di funzionamento per la valutazione del bisogno	SI/NO
			Verifica della conoscenza e della gestione delle risorse a disposizione	SI/NO (Conoscenza) SI/NO (Gestione)
Attivazione della modalità di costruzione del progetto di vita attraverso il modello del Budget di Salute			Nr. progetti attivati/ totale delle persone con disabilità in carico	
Verifica della presenza e conoscenza dell'applicazione dei protocolli e procedure da parte del personale			SI/NO	
COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE	Coinvolgimento della persona, dei suoi familiari e caregiver nelle varie fasi del percorso di presa in carico	Presenza, formalizzazione e messa in atto di procedure per l'informazione e la partecipazione della persona, del familiare e caregiver e l'acquisizione del consenso informato	SI/NO	
	Modalità di ascolto dei caregiver	Presenza, formalizzazione e messa in atto di modalità e strumenti per l'ascolto attivo dei caregiver	SI/NO	
	Comunicazione e partecipazione interna all'organizzazione	Coinvolgimento del personale nell'implementazione e nell'applicazione dei protocolli, linee guida e/o percorsi di cura/assistenza	N° Riunioni per la diffusione e applicazione di linee guida, procedure, protocolli	
AREA DELL'EFFICIENZA ED APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA DELLE RETI TERRITORIALI	Modelli organizzativi relativi ai percorsi di valutazione e presa in carico	Protocollo operativo per la codifica delle funzioni PUA in capo alle infrastrutture di coordinamento di Zona Distretto/Società della Salute	SI/NO	
		Atto di Costituzione/aggiornamento Unità di Valutazione	UVM SI/NO UVM D SI/NO	
		Presenza protocollo di funzionamento UVM D	SI/NO	
			SI/NO Nr. Riunioni per la diffusione e l'applicazione delle procedure di presa in carico	

8. La scheda di piano (redatta con gli elementi richiesti e le indicazioni fornite dall'Allegato B al DPCM 21/11/2019)

8.1 Il quadro di contesto

La legge regionale 18 dicembre 2008 n. 66 "Istituzione del fondo regionale per la non autosufficienza", 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 al percorso, 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 diversa dal puro assistenzialismo attuato con l'erogazione di prestazioni, ma orientata allo sviluppo e al raggiungimento della massima autonomia possibile, della vita indipendente e della personalizzazione degli interventi.

Fin dal 2015 presso la Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale è costituito un tavolo stabile 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;
- ATP, Habilia onlus e AVI Toscana.

Il tavolo è coordinato dal Settore Politiche per l'integrazione sociosanitaria della Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale e ha il principale obiettivo di essere un luogo di confronto, condivisione, partecipazione e concertazione sui temi delle Politiche regionali sociosanitarie in materia di disabilità, della programmazione delle azioni e dei progetti e della valutazione degli stessi in itinere e finale.

Nel mese di aprile 2020 la presente scheda di piano è stata oggetto di consultazione con il suddetto tavolo di partecipazione oltre che con le organizzazioni sindacali dei pensionati (SPI-Cgil, FNP-Cisl e Uil-Pensionati) e con ANCI Toscana.

8.2 L'integrazione socio-sanitaria

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 socio-sanitaria è realizzata attraverso le Società della Salute, organismi consortili tra i comuni ricompresi nell'ambito della zona distretto e l'Azienda USL competente per quel territorio, ovvero mediante la convenzione per l'esercizio delle funzioni di integrazione sociosanitaria, stipulata da tutti i comuni 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 socio-sanitaria 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 socio-sanitarie sono assicurate, mediante il concorso delle Aziende Unità Sanitarie Locali 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 socio-sanitari si attua, ai fini dell'appropriatezza e dell'efficacia delle prestazioni, sulla base della valutazione multiprofessionale del bisogno, della definizione del percorso 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 socio-sanitaria, facente capo a un unico Assessorato in materia di salute e welfare.

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.

8.2.1 Ambiti territoriali:

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 socio-sanitarie 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 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.

Gli ambiti territoriali della Toscana sono 26, di cui 15 Società della Salute:

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

8.2.2 Punti Unici di Accesso:

In attuazione della legge regionale 66/2008 già richiamata, la Giunta Regionale con la delibera n. 370 del 22 marzo 2010 ha approvato il “Progetto per l’assistenza continua alla persona non autosufficiente”, definendo un sistema per l’accesso della persona non autosufficiente anziana al percorso di presa in carico da parte dei servizi sociosanitari. Il sistema dell’accesso è costituito dalla rete di front-office, gli sportelli Puntoinsieme e il Segretariato sociale, e da un back-office con funzioni di coordinamento, il Punto Unico di Accesso (PUA), uno per ciascuna zona-distretto.

I Puntosinsieme e gli sportelli di Segretariato sociale rappresentano la porta di accesso diretto al sistema integrato dei servizi sociosanitari; si caratterizzano per la elevata prossimità al cittadino, sia nella localizzazione che nella loro strutturazione; sono il luogo fisico dove la persona o chi la rappresenta, si rivolge per segnalare un bisogno indistinto e trovare un professionista in grado di accogliere la domanda e orientare il bisogno.

Il coordinamento della rete dell'accesso è affidato al PUA, che rappresenta l'accesso indiretto al percorso, su segnalazione di altri servizi che hanno già in carico la persona e valutano opportuna una presa in carico sociosanitaria per un bisogno di tipo complesso.

Il PUA svolge funzioni di coordinamento operativo, tecnico-amministrativo e organizzativo e funge inoltre da raccordo tra la fase dell'accesso e quella di valutazione multidimensionale del bisogno.

La delibera della Giunta Regionale n. 1449 del 19 dicembre 2017 ha definito la cornice del lavoro finalizzato a completare quanto previsto con la legge regionale 66/2008, in merito al percorso di presa in carico della persona non autosufficiente che, relativamente all'area della disabilità, non era stato declinato in un percorso specifico e omogeneo a livello regionale.

Per quanto attiene i livelli di governo e organizzativi del percorso, quanto programmato con la DGR 1449/17 ha trovato compiuta definizione nella delibera della Giunta Regionale n. 1642 del 23 dicembre 2019 che approva il "Modello regionale del percorso di presa in carico della persona con disabilità" confermando, ampliando e rafforzando le competenze della rete dell'accesso, anche per tutta l'area della disabilità.

I Puntosinsieme, gli sportelli di Segretariato sociale e il PUA costituiscono uno dei livelli base di cittadinanza sociale da garantire su tutto il territorio e hanno la finalità di eliminare e semplificare i passaggi che la persona o i suoi familiari devono compiere per accedere ai servizi.

Sul sito di Regione Toscana è reperibile e aggiornato l'elenco degli sportelli Puntosinsieme:

<https://www.regione.toscana.it/-/sportelli-puntosinsieme-per-zona>

numero verde 800860070

Nel secondo semestre del 2020 è prevista l'azione di sistema relativa alla formazione degli operatori di PUA e Puntosinsieme, al fine di omogeneizzare su tutto il territorio le modalità di accoglienza della domanda e informazione e orientamento del cittadino.

8.2.3. Valutazione multidimensionale:

Per quanto attiene l'area della persona non autosufficiente anziana, 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, è prevista in ogni zona-distretto la costituzione di 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 (che in alcuni ambiti fa anche da supporto alla UVM per la persona anziana)

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

prevalente o secondo quanto indicato dai percorsi specifici. Per i casi in età scolare è previsto il necessario coinvolgimento di un rappresentante della scuola. Possono inoltre essere coinvolti dalla UVMD referenti d'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 L.R. 66/2008, 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) il coinvolgimento 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;
- f) la periodica verifica degli obiettivi del PAP / Progetto di Vita e della appropriatezza dello stesso, nonché le eventuali rivalutazioni previste.

8.2.4 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, disabile e anziana e le prestazioni sociosanitarie da erogare, individuate, per quanto attiene le persone non autosufficienti anziane, sulla base di indici di valutazione 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 le 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).

La garanzia della prestazione socio-sanitaria appropriata è realizzata, tra l'altro, mediante la definizione delle modalità di presa in carico della persona non autosufficiente, attraverso la formulazione di un piano personalizzato di assistenza che individui "gli obiettivi e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente e le prestazioni sociosanitarie da erogare, individuate sulla base degli indici di valutazione delle condizioni di bisogno" (LR 66/2008, art. 12, comma 1).

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 funzionale della persona, dai bisogni e dalle legittime aspettative 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 a tutti 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, la UVMd.

Questo approccio richiede sia al sistema pubblico che alle persone 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.

Successivamente alle delibere della Giunta Regionale n. 1449/2017 e n. 1642/2019, che hanno definito il modello regionale del percorso di presa in carico della persona con disabilità, si prevede di concludere il lavoro di livello regionale entro il 2020 con l'approvazione delle metodologie, strumenti e procedure, amministrative e professionali, comprese quelle per la definizione del Progetto di vita e del budget di salute, che metteranno i territori in grado di lavorare alla messa a regime di questo profondo cambiamento culturale e professionale per quanto riguarda la modalità di presa in carico della persona con disabilità, nella quale essa stessa è protagonista delle scelte e dei percorsi.

Al fine di garantire 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 tali progettualità, fin dal 2004, con risorse proprie, oltre alle risorse nazionali a valere sul FNA.

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.

Nel 2015, dopo un periodo di sperimentazione e con la messa a regime del progetto su tutti gli ambiti territoriali, è stato approvato con delibera della Giunta Regionale n. 1329 del 29 dicembre 2015 (successivamente integrata con delibera della Giunta Regionale n. 1472 del 17 ottobre 2018), l'Atto di indirizzo per la predisposizione dei progetti di vita indipendente, che specifica la necessità della presa in carico da parte della UVMD e di una valutazione multidimensionale e stabilisce le tipologie di interventi finanziabili, attraverso un contributo economico mensile.

8.2.5 Budget di Progetto

La delibera della Giunta Regionale n. 1449/2017 sottolinea che il Progetto di vita per essere realizzabile necessita di uno strumento contabile di tipo preventivo che definisca le risorse economiche, strumentali, professionali e umane, sia pubbliche che private, da allocare sul progetto stesso: il Budget di salute.

Esso deve ricomprendere, tra le altre, le risorse previste a livello previdenziale, quelle previste dai percorsi riabilitativi e assistenziali garantite dai LEA, nonché i pacchetti assistenziali aggiuntivi; tutte le risorse provenienti dall'apporto della famiglia adeguatamente sensibilizzata, informata e specificamente formata; le risorse del privato sociale, del volontariato e delle associazioni; nonché tutte le risorse che la UVMD può individuare per il miglioramento dell'autonomia nell'ambiente di vita.

Si tratta di un nuovo strumento organizzativo e gestionale attraverso il quale conoscere e coordinare i percorsi e i servizi attivati intorno alla persona dai molteplici soggetti pubblici e privati coinvolti, compresi quelli scolastici, lavorativi e relativi al tempo libero, all'inclusione sociale e relazionale, anche al fine di evitare sovrapposizioni e dispersione di risorse. Si tratta anche di un approccio inclusivo che tende alla partecipazione responsabile delle risorse della persona con disabilità e della sua famiglia, nonché di quelle della società civile.

Nel 2018 e 2019 questo strumento è stato sperimentato dai professionisti di sei Società della Salute. L'impegno per il triennio è quello di estenderne l'uso a tutti i territori e per tutte le persone con disabilità.

Le modalità di individuazione dei beneficiari

Tutte le modalità di seguito specificate sono attivate dalle équipe multidisciplinari, UVM e UVMD, all'interno dei percorsi di presa in carico delle persone non autosufficienti anziane o con disabilità. L'accesso al beneficio o all'intervento previsto non è mai attraverso specifica domanda del cittadino né è gestito attraverso bandi o avvisi. L'appropriatezza della risposta è stabilita dalla équipe a seguito di valutazione multidimensionale dei bisogni.

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. 664 del 19 giugno 2017 "Nuove linee di indirizzo per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le Non Autosufficienze destinato alle disabilità gravissime" (successivamente integrata con delibera della Giunta Regionale n. 1289 del 21 ottobre 2019) ha interamente recepito quanto indicato all'art. 3, comma 2 e negli allegati 1 e 2 del DM sopra citato, nonché nell'allegato 3 al DPCM 159/2013, al fine di dare indicazioni agli ambiti territoriali in merito ai criteri di individuazione dei beneficiari del FNA dedicato alle disabilità gravissime e a sostegno di percorsi di tipo domiciliare.

E' altresì individuata 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 con delibera della Giunta Regionale n. 721/2009 e con decreto dirigenziale n. 5725/2009.

A seguito di specifico mandato, il Consiglio Sanitario Regionale, nel 2009, in assenza di parametri e di risorse nazionali, ha espresso il proprio Parere n. 40, in merito alle condizioni cliniche per la individuazione della fase avanzata della malattia e in merito alla individuazione delle malattie dei motoneuroni assimilabili alla SLA e dunque beneficiarie di risorse dedicate, a sostegno della funzione assistenziale domiciliare:

- 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.
- per quanto riguarda le patologie del motoneurone
 - Sclerosi Laterale Amiotrofica
 - Sclerosi Laterale Primaria
 - Atrofia Muscolare Progressiva
 - Paralisi Bulbare Progressiva
 - Atrofia Muscolare Spinale tipo III e IV
 - Sindrome post-polio
 - Malattia di Kennedy
 - Deficit di esosaminidasi A

Gli interventi volti ad assicurare la vita indipendente e l'inclusione nella società delle persone con disabilità, sono regolati con decreto dirigenziale n. 1024 del 20 marzo 2012 che ha approvato la modulistica per la presentazione del proprio progetto di vita indipendente e per la presa in carico e valutazione da parte della UVMD; criterio principale è la capacità di conseguire obiettivi di vita indipendente.

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, in termini di ISEE e indennità di accompagnamento;
- tipologia degli obiettivi di vita indipendente richiesti dalla persona e coerenza con la possibile realizzazione.

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.

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 non autosufficiente, non certificano l'autosufficienza o la non autosufficienza, ma configurano una situazione di "gravità" per la quale i servizi sociosanitari territoriali si impegnano ad intervenire con certezza e appropriatezza, attraverso la pesatura 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, 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.

A tal fine si sta procedendo a un lavoro di omogeneizzazione dei Regolamenti zonali di accesso ai servizi socio-sanitari per arrivare a stabilire, a livello regionale, regole di fondo ed elementi essenziali e imprescindibili, sulla base delle disposizioni vigenti nazionali e regionali, con l'obiettivo di garantire in maniera uniforme al cittadino non autosufficiente la presa in carico e l'erogazione della prestazione socioi-sanitaria appropriata.

L'implementazione della MisuraNA (mNA).

Agli strumenti valutativi suddetti e in coerenza con il Piano nazionale per la non autosufficienza la Regione Toscana, in collaborazione con l'Agenzia Regionale di Sanità, ha avviato una verifica della riconducibilità delle voci/item degli strumenti regionali agli ambiti identificativi per l'mNA al fine di raccogliere i dati a livello individuale su tutti i beneficiari di interventi a valere sul FNA e a metterli a disposizione di un database nazionale. Alla transcodifica verrà affiancata la somministrazione del questionario mNA, ad un campione selezionato, ai fini di una validazione della stessa e di verifica di conformità con lo strumento nazionale.

La descrizione degli interventi e dei servizi programmati

a. Gli interventi per le persone in condizione di disabilità gravissima

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.

i. Assegno di cura e per l'autonomia

Per le persone che si trovano nelle condizioni di disabilità gravissima e con l'obiettivo del sostegno a un progetto per la permanenza della persona al proprio domicilio, la percentuale maggiore di risorse è dedicata alla assegnazione di un contributo economico finalizzato all'assunzione di uno o più caregivers o assistenti personali, a seguito di presentazione del relativo contratto di lavoro.

Il contributo va da un minimo di 700,00 a un massimo di 1.000,00 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), 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 60.000,00 euro.

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 caregiver personali, con regolare contratto di lavoro.

ii. 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)

Al fine di sostenere percorsi domiciliari attivati per persone con disabilità gravissima, è possibile prevedere nel 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.

b. Gli interventi per le persone in condizione di disabilità grave: assistenza domiciliare, assistenza indiretta (anche nella forma di trasferimenti monetari), interventi complementari (ricoveri di sollievo)

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 domiciliarità 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.

Per quanto riguarda infine gli interventi volti ad assicurare la vita indipendente e l'inclusione sociale per le persone con disabilità grave, a valere sul fondo regionale, è previsto un contributo economico che va da 800,00 a 1.800,00 euro mensili per il sostegno alla spesa per la contrattualizzazione di un assistente personale.

La programmazione delle risorse finanziarie

Indicare la previsione di spesa per le singole attività finanziabili con le risorse del Fondo distinguendo l'importo destinato alle persone con disabilità grave e gravissima.

	Annualità 2019		Annualità 2020 (*)		Annualità 2021	
Aree di intervento	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave	Interventi per disabilità gravissima	Interventi per disabilità grave
a) Assistenza domiciliare	951.100,00	Gli interventi di assistenza domiciliare sono erogati utilizzando Fondi diversi dal FNA	1.035.150,00	Gli interventi di assistenza domiciliare sono erogati utilizzando Fondi diversi dal FNA	943.575,00	Gli interventi di assistenza domiciliare sono erogati utilizzando Fondi diversi dal FNA
b) Assistenza indiretta	17.119.800,00	15.022.000,00	18.632.700,00	14.945.000,00	16.984.350,00	14.871.500,00
c) Interventi complementari all'assistenza domiciliare	951.100,00	4.000.000,00	1.035.150,00	4.000.000,00	943.575,00	4.000.000,00
Totale (esclusa vita indipendente)	19.022.000,00	19.022.000,00	20.703.000,00	18.945.000,00	18.871.500,00	18.871.500,00
Risorse regionali		35.856.675,00		39.055.000,00		39.128.500,00
a) Progetti Vita indipendente	2.080.000,00		3.822.000,00		2.080.000,00	
Risorse degli ambiti territoriali	520.000,00		955.500,00		520.000,00	
Risorse regionali	9.000.000,00		9.000.000,00		9.000.000,00	
Totale	85.500.675,00		92.480.500,00		88.471.500,00	
* = L'annualità 2020 tiene conto anche delle risorse integrate con il Decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali n. 37 del 23 marzo 2020.						

Il monitoraggio degli interventi

Nel rispetto dell'impegno chiesto alle regioni a monitorare e rendicontare al Ministero gli interventi programmati a valere sulle risorse loro destinate, e così come previsto dall'art. 3, comma 2 del DM 21 novembre 2019, secondo le modalità dell'allegato C "Monitoraggio dei flussi finanziari e D "Rendicontazione sull'utilizzo delle risorse", dall'annualità 2017, già presentata al Ministero, la rendicontazione relativa al riparto e all'erogazione agli ambiti territoriali avviene con questi strumenti.

Le risorse assegnate agli ambiti territoriali destinate alle persone in condizione di disabilità grave vengono inoltre 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 e di attuazione che economici, permettendone la gestione delle diverse fonti (Regionali, Sanitarie, Stato, UE ecc). Il monitoraggio delle risorse assegnate a ciascun ambito territoriale viene effettuato al 30 aprile, 31 agosto e 31 dicembre di ciascun anno. Alla fine 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. Annualmente il Settore regionale competente estrae a sorte almeno il 5% delle autocertificazioni presentate e provvede alla loro verifica.

Per quanto attiene le disabilità gravissime, come individuate all'art. 3, comma 2 del DM 26 settembre 2016, viene effettuato un monitoraggio semestrale, 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.

A partire dal monitoraggio relativo al 2020, i parametri di cui sopra saranno implementati dai seguenti:

- numero di persone assistite secondo aree prioritarie di intervento (come richiesto al punto 2.1. dell'allegato E al DPCM 21 novembre 2019).

Per quanto attiene le persone affette da SLA e più in generale da malattie dei motoneuroni, come individuate con Delibera della Giunta Regionale n. 721/2009 e con decreto dirigenziale n. 5725/ 2009 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:

- anno di nascita e disabilità prevalente;
- importo mensile richiesto e importo mensile assegnato;
- importo orario assistente personale;
- importo complessivo annuale assegnato;
- data inizio e data fine erogazione contributo;
- importo complessivo liquidato nell'anno di monitoraggio.

A partire dal monitoraggio relativo all'annualità 2020, la scheda dati sarà implementata con quanto previsto negli allegati D punto 2 e E punto 2, al DPCM 21 novembre 2019.

Le risorse e gli ambiti territoriali coinvolti nell'implementazione delle "Linee di indirizzo per Progetti di vita indipendente"

La Giunta Regionale, a seguito di valutazione positiva delle sperimentazioni cui hanno partecipato 24 ambiti su 26 nei sei bandi ministeriali dal 2013 al 2018, per il triennio a valere sul FNA ha deciso di coinvolgere tutti gli ambiti territoriali, assegnando, per l'annualità 2019 e 2021, risorse pari a euro 80.000,00 per ciascun ambito, a fronte di un cofinanziamento pari almeno al 20% del totale progettuale (il totale delle risorse è pertanto pari a euro 100.000,00). Per l'annualità 2021 le risorse saranno pari a euro 147.000,00 per ciascun ambito, a fronte di un finanziamento pari almeno al 20% del totale progettuale (il totale delle risorse è pertanto pari a euro 176.400,00).

Secondo quanto previsto nelle Linee di indirizzo ministeriali di cui all'allegato F) al DPCM 21 novembre 2019, la Giunta Regionale approva le "Linee di indirizzo regionali per la presentazione di progetti di vita indipendente da parte di persone con disabilità grave", dando indicazioni sui percorsi prioritari da sostenere attraverso tale fondo ministeriale.

Risorse della quota del FNA e co-finanziamento destinate all'implementazione negli Ambiti Territoriali dei progetti di vita indipendente			
<i>Annualità</i>	<i>Risorse FNA</i>	<i>Co-Finanziamento</i>	<i>Totale</i>
2019	2.080.000,00	520.000,00	2.600.000,00
2020	3.822.000,00	955.500,00	4.777.500,00
2021	2.080.000,00	520.000,00	2.600.000,00
Indicazione n. Ambiti aderenti			
n. 26			
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 - Casentino - Valtiberina			
23. Valdarno			
24. Val di Chiana aretina			
25. Colline dell'Albegna			
26. Amiata grossetana – Colline Metallifere - Grossetana			