Allegato A

Modello regionale del Percorso di presa in carico della persona con disabilità (in attuazione della DGR 1449/2017)

La convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dal parlamento italiano con L. 18 del 3 marzo 2009, definisce le **persone con disabilità** quali "*persone che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri*".
La L.R. 66/2008 definisce le **persone non autosufficienti** come "*...persone che hanno subito una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia, delle abilità fisiche, sensoriali, cognitive e relazionali, da qualsiasi causa determinata, con conseguente incapacità di compiere gli atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone*".
Il percorso di presa in carico della persona con disabilità è dedicato alle persone con non autosufficienza non determinata dal naturale invecchiamento, che presentano **bisogni complessi** e necessitano di una risposta sociosanitaria e multiprofessionale. Resta confermato il percorso per la non autosufficienza la cui insorgenza sia conseguenza del processo di invecchiamento, già definito con la DGR 370/2010.

LA RETE DELL'ACCESSO

L'obiettivo condiviso è definire un sistema che garantisca accesso **unitario** e **universalistico**, **modalità uniformi** di accoglienza della segnalazione del bisogno, **riconoscibilità** dei presidi dell'accesso, **semplificazione** delle procedure.
La DGR 1449/2017 prevede e definisce un SISTEMA a RETE i cui nodi principali sono:

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

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

ACCESSO DIRETTO

I Punti Insieme e gli sportelli di Segretariato Sociale costituiscono la porta di **accesso diretto** del cittadino al sistema integrato dei servizi territoriali e al percorso di presa in carico.
Sono sportelli collocati presso i presidi territoriali delle Aziende USL, Società della Salute e Comuni, che già operano nell'area della non autosufficienza della persona anziana e che devono ampliare e potenziare le proprie funzioni anche con riferimento all'area della disabilità.
Si configurano quindi come il **luogo fisico** dove la persona o chi la rappresenta si rivolge per segnalare il bisogno indistinto e trovare un professionista in grado di accogliere la domanda e orientare il bisogno.
La persona attraverso questi servizi richiede *la valutazione del bisogno*; non fa domanda di accesso a servizi/prestazioni/contributi.

I Punti Insieme e gli sportelli di Segretariato Sociale devono essere chiaramente identificabili e segnalati, con orari definiti e dotati di figure professionali, compatibilmente con le dotazioni organiche.
Tali figure devono essere adeguatamente formate sulle corrette modalità di accoglienza e sui servizi e procedure relative all'area della disabilità.

Azienda USL Toscana Nord Ovest ARRIVO 14 gennaio 2020 Prot: 2020/0010454/GEN/000SEGRDG

Ciascuna zona distretto/ SdS provvede, con proprio atto, a individuare l'ubicazione e i livelli di funzionamento operativo dei propri punti di accesso diretto.

I Punti Insieme e gli sportelli di Segretariato Sociale devono garantire l'accesso della persona con disabilità e svolgono le seguenti funzioni:

- ascolto della persona e accoglienza del bisogno;
- orientamento e informazione relativamente alla rete dei servizi;
- orientamento della persona verso il servizio sanitario o sociale competente laddove, già dall'accoglienza, si presuma un bisogno semplice;
- individuazione di possibili urgenze e eventuale invio al servizio appropriato;
- consegna della eventuale modulistica e supporto alla compilazione;
- registrazione della segnalazione del bisogno e raccolta delle informazioni utili a una prima lettura del bisogno (compilazione scheda di segnalazione);
- apertura della cartella personale e trasmissione della documentazione al PUA nei casi di bisogno complesso.

Al fine di standardizzare comportamenti zonali o monoprofessionali, sarà adottata a livello regionale una *scheda di segnalazione del bisogno*.

ACCESSO INDIRETTO
tramite altri Servizi o professionisti/ soggetti della rete territoriale.
Il sistema unico di accesso, oltre ai punti di front-office rivolti direttamente al cittadino, è costituito anche da tutti i punti di accesso ai servizi: cure primarie, ospedale, ACOT, percorsi di riabilitazione, altri percorsi strutturati di segnalazione e presa in carico.
Nei casi in cui il servizio o il professionista che ha in carico la persona rilevi la possibile presenza di un bisogno complesso, previo esplicito consenso del cittadino o di chi lo rappresenta legalmente, effettua la segnalazione direttamente al PUA (accesso indiretto) attraverso procedura informatizzata.

In tali casi il percorso di segnalazione non prevede un nuovo passaggio del cittadino dallo sportello di accesso diretto.
Tutti i soggetti della rete delle strutture pubbliche informative e di prossimità (URP, Botteghe della Salute, PAAS, ecc.), gli sportelli dell'associazionismo e del Terzo settore, che intercettano nuovi bisogni, possono fornire direttamente informazioni agli interessati e indirizzare la persona agli sportelli di accesso diretto del sistema dei servizi.

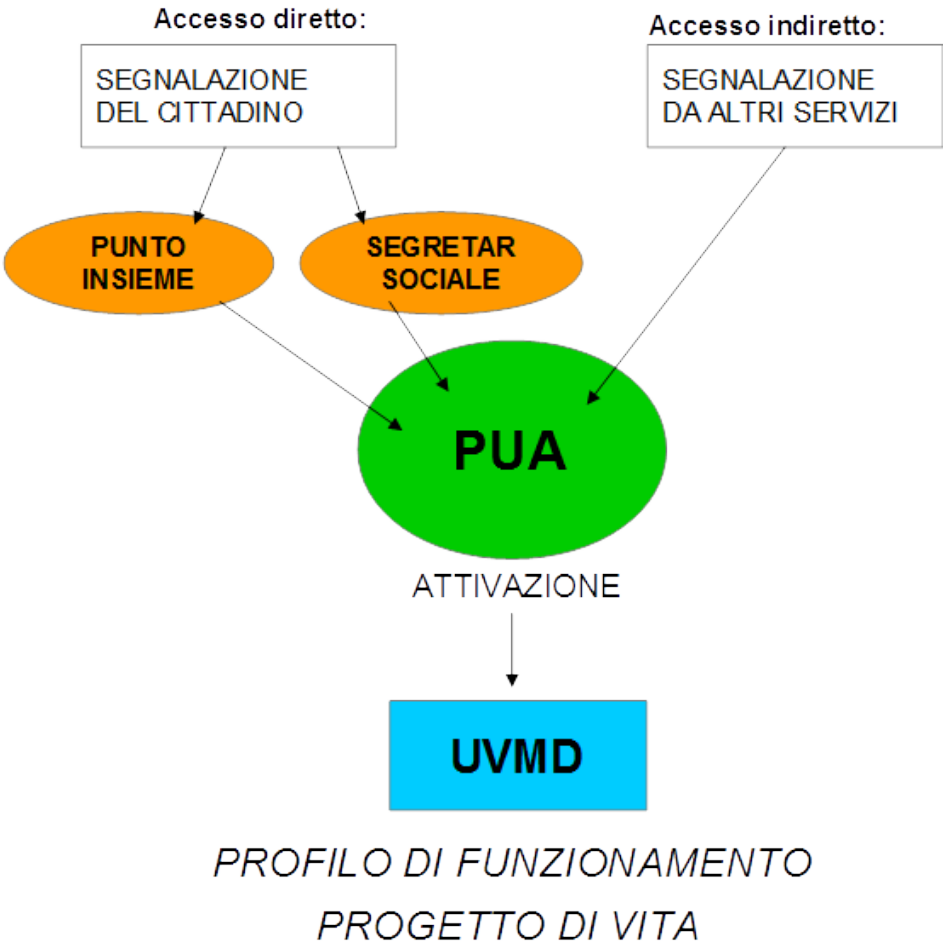
Il PUNTO UNICO DI ACCESSO (PUA)

Il sistema a rete dell'accesso al percorso di presa in carico della persona con disabilità è coordinato dal Punto Unico di Accesso, costituito a livello di Zona distretto /SdS.
Il PUA è il back-office della rete dell'accesso e il raccordo tra la fase dell'accesso e la fase della valutazione. Non è necessariamente un luogo fisico o un presidio del sistema, ma **è una funzione**.
Rappresenta il nodo di collegamento di tutti i presidi e i soggetti che accolgono la domanda del cittadino, sia in forma diretta che indiretta.

Il PUA ha funzioni di coordinamento operativo, tecnico-amministrativo e organizzativo, attraverso un idoneo sistema informativo. In particolare:
- riceve, con modalità informatizzate, la cartella personale dalla rete dell'accesso diretto;
- riceve, con modalità informatizzate, la segnalazione dei casi da parte della rete dell'accesso indiretto e provvede, ove non presente, all'apertura della cartella personale;
- predispone le cartelle personali dei casi da valutare in UVMD e ne verifica la completezza;
- supporta il funzionamento del team di transizione;
- gestisce la elaborazione dei dati di attività (anche ai fini dei debiti informativi nei confronti di SdS, Azienda Sanitaria, Regione, Ministero);
- supporta gli operatori dei Punti insieme al fine di assicurare modalità di accoglienza e informazione adeguate e omogenee.

Azienda USL Toscana Nord Ovest ARRIVO 14 gennaio 2020 Prot: 2020/0010454/GEN/000SEGRDG

Le funzioni sopra elencate sono svolte da personale tecnico-amministrativo individuato dal direttore della zona distretto/ SdS.
Può trattarsi dello stesso personale che supporta la UVMD per quanto attiene le funzioni organizzative/ amministrative di questa.
Il referente del PUA partecipa allo staff dell'ufficio di direzione zonale per le funzioni di regia e coordinamento dei percorsi di presa in carico delle persone con disabilità.



La PRESA IN CARICO

La presa in carico delle persone con disabilità è:
- una funzione assicurata dai diversi servizi dell'Azienda USL/ zona distretto/ SdS/ Comune;
- un processo garantito attraverso interventi e attività multiprofessionali, con particolare riguardo alle situazioni complesse.

Occorre integrare, connettere e rafforzare la funzione di presa in carico, per garantire la valutazione e progettazione multidisciplinare come procedura che accompagna la persona e la sua famiglia nelle varie fasi del ciclo di vita, nella prospettiva del Progetto di Vita di cui alla L.R. 60/2017.
Questo è possibile se in ogni fase del percorso sono individuati chiaramente ed esplicitamente gli attori coinvolti e le funzioni e responsabilità di ciascuno.
Fondamentale è, però, anche la valorizzazione, già dalla fase di avvio della presa in carico e soprattutto poi in quella della progettazione, del ruolo attivo della persona, della famiglia, della rete di prossimità, individuandone e potenziandone le capacità, le risorse e l'autodeterminazione.

Il CASE MANAGER

La disabilità è una condizione complessa, che richiede un approccio e una presa in carico multidisciplinare, integrata e continua nelle varie fasi del ciclo di vita e che deve tenere conto delle

Azienda USL Toscana Nord Ovest ARRIVO 14 gennaio 2020 Prot: 2020/0010454/GEN/000SEGRDG

interazioni ambientali, del modificarsi dei bisogni e delle legittime aspirazioni delle persone, nel rispetto del principio di autodeterminazione.
Individuare una figura di riferimento con funzione di case manager, favorisce la persona e la famiglia nel collegamento con il sistema dei servizi.
Il case manager è un membro dell'equipe che ha in carico la persona, identificato tra i professionisti sociali e sanitari di riferimento, sulla base del bisogno prevalente e della tipologia di percorso progettuale individuata.
È pertanto individuato per competenze, può cambiare nel tempo in relazione al mutamento dei bisogni e delle esigenze della persona, alle fasi della vita o alle fasi di attuazione del progetto di vita. Ad ogni eventuale modifica viene sempre informata la persona e/o i familiari di riferimento.

Il case manager è individuato dalla UVMD nella fase di definizione del Progetto di vita e i suoi riferimenti (nome, cognome, tel, email) sono indicati nella scheda del Progetto di vita.

Il case manager svolge le seguenti funzioni:
- segnala al coordinatore della UVMD eventuali difficoltà di attuazione delle azioni previste nel Progetto di vita;
- segnala al coordinatore della UVMD le variazioni dei bisogni e propone l'eventuale rivalutazione del caso;
- coordina il progetto di vita in termini di connessione/ regia tra i soggetti che hanno un ruolo nell'attuazione delle azioni definite;
- è interfaccia tra la persona, o laddove non sia nella condizione di esprimere pienamente la sua volontà, tra la famiglia/ legale rappresentante e i servizi/ soggetti coinvolti per l'attuazione, il monitoraggio e la verifica del progetto;
- è interlocutore, riferimento privilegiato e facilitatore del progetto;
- è il referente organizzativo per la persona e/o i suoi familiari.
- favorisce il principio dell'autodeterminazione della persona e della libera scelta consapevole e, in particolar modo per i casi di disabilità intellettiva, favorisce il ricorso a tecniche e strategie volte a facilitare la comprensione delle proposte per garantire il sostegno alla presa delle decisioni.

Il case manager promuove e facilita la continuità assistenziale, sia nel percorso progettuale, attivandosi per l'aderenza delle risposte al mutare dei bisogni, sia nei passaggi tra i diversi servizi, con particolare riferimento alle fasi del ciclo di vita.

LA CONTINUITA' DELLA PRESA IN CARICO

Il Progetto di vita è un processo dinamico che accompagna la persona in tutto il suo ciclo di vita, seguendone la modificazione dei bisogni e delle aspirazioni nelle diverse fasce di età.
Risulta pertanto necessario definire soluzioni organizzative finalizzate a garantire, anche attraverso il fondamentale ruolo del case manager, la continuità e il coordinamento integrato nelle fasi di transizione tra i servizi e le diverse figure professionali che si succedono nella responsabilità della presa in carico.
Il case manager ha comunque il compito di promuovere la rivalutazione e ridefinizione del Progetto di vita, al modificarsi dei bisogni o delle condizioni sociali o sanitarie della persona, al fine di garantire anche in questi casi la continuità e l'appropriatezza del Progetto di vita stesso.

Particolare attenzione deve essere posta sulla garanzia della continuità assistenziale e della presa in carico nelle seguenti fasi:
- il passaggio tra età minore, adulta e anziana
- il raccordo tra i presidi territoriali e le aree specialistiche
- l'integrazione tra il territorio e l'ospedale e tra i diversi territori.

Ciascuna **zona distretto definisce con proprio atto** le modalità organizzative e operative di dettaglio (all'interno del quale saranno indicate azioni, tempi e livelli di responsabilità) per la gestione, il monitoraggio e la verifica di appropriatezza di quanto sotto indicato che rappresenta i *requisiti minimi di funzionamento.*

Azienda USL Toscana Nord Ovest ARRIVO 14 gennaio 2020 Prot: 2020/0010454/GEN/000SEGRDG

TRANSIZIONE MINORE ETA' - ETA' ADULTA

La fase di passaggio dalla minore età all'età adulta e il conseguente possibile cambio degli interlocutori all'interno dei servizi, deve essere caratterizzata da gradualità, integrazione e coordinamento.
È necessario pertanto definire la **fase di transizione** quale passaggio tra servizi, della responsabilità della presa in carico, mediante un momento **formale, intenzionale e programmato**, atto a garantire la coerenza degli interventi e di tutte le attività con le finalità del Progetto di vita.

Il case manager, in accordo con la UVMD, segnala al PUA la necessità di attivare la fase di transizione per il caso specifico.
In quanto passaggio intenzionale e programmato, la fase di transizione, deve essere avviata almeno 6 mesi prima del compimento del 18° anno di età della persona e comunque non oltre il termine del percorso scolastico.
La fase di transizione si avvia con il primo incontro di un **team di transizione** che comprenda il case manager e i professionisti dei servizi attivati sul minore e dei servizi potenzialmente coinvolti nella fase adulta, nonché un rappresentante della UVMD, qualora non sia già ricompreso tra i precedenti.

Il team definisce il **progetto di transizione**, al cui interno sono specificati obiettivi, azioni e tempi per garantire il passaggio e l'accompagnamento della persona da una fase all'altra e da un servizio all'altro. Il progetto di transizione è trasmesso alla UVMD che aggiorna il Progetto di vita e, ove necessario, individua il case manager per la fase successiva.
Per favorire il passaggio di consegne e la conoscenza tra la persona e i nuovi servizi, il team di transizione incontra la persona e la famiglia al fine di condividere il Progetto di transizione.

TRANSIZIONE DISABILITA' ADULTA - NON AUTOSUFFICIENZA ANZIANO

La L.R. 60/17 supera il concetto del limite dei 65 anni di età quale spartiacque tra adulto con disabilità e anziano non autosufficiente, favorendo la permanenza, ove possibile, della persona con disabilità anziana nel proprio ambiente di vita.
La UVMD ha pertanto il compito di valutare la persona con disabilità anziana e l'appropriatezza del suo Progetto di vita, affinché al prevalere di bisogni dovuti al naturale invecchiamento, attivi la UVM per una eventuale presa in carico più appropriata.

L'INTEGRAZIONE TERRITORIO-OSPEDALE-TERRITORIO

La continuità territorio-ospedale-territorio è garantita attraverso percorsi in ingresso e uscita dall'ospedale, come definiti rispettivamente dalla DGR 666/2017, **Progetto PASS** (Percorsi Assistenziali per Soggetti Speciali), e dalle DGR 679/2016 e DGR 995/2018, Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio (**ACOT**).

INTEGRAZIONE TRA DIVERSI TERRITORI

Nei casi di **trasferimento** di residenza della persona da una zona distretto a un'altra, la UVMD della zona di provenienza predispone un documento conclusivo del percorso di presa in carico sul proprio territorio da consegnare alla persona, che contenga una sintesi del Progetto di vita, compresi gli obiettivi raggiunti e in corso di realizzazione.
A seguito di comunicazione di un futuro trasferimento o di un trasferimento già avvenuto, previa autorizzazione della persona o di chi la rappresenta, la UVMD della zona di provenienza si confronta con la UVMD della zona di trasferimento e favorisce la condivisione delle informazioni relative alla persona al fine di assicurare la continuità del suo Progetto di vita.

Nei casi di attivazione di **percorsi residenziali extra zonali** da parte della UVMD, la responsabilità della presa in carico, della rivalutazione delle condizioni di salute della persona e della verifica del Progetto di vita, resta in seno alla UVMD della zona di provenienza.

Azienda USL Toscana Nord Ovest ARRIVO 14 gennaio 2020 Prot: 2020/0010454/GEN/000SEGRDG

L'UNITA' DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE PER LA DISABILITA' (UVMD)
La UVMD è una articolazione operativa della zona distretto, costituita con atto del direttore. Con medesimo atto sono individuati e nominati i componenti **stabili** della commissione, è nominato il **coordinatore** e sono definite le **funzioni** della commissione.

COMPOSIZIONE
La UVMD è composta da un gruppo **stabile** e **dedicato** di professionisti:
- medico di comunità
- assistente sociale
- amministrativo di supporto (può trattarsi del medesimo personale che svolge le funzioni del PUA)

Il nucleo 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, in funzione del bisogno prevalente o secondo quanto indicato dai percorsi specifici:
- MMG / PLS
- assistente sociale di riferimento della persona (Asl- Comune)
- fisiatra
- neurologo
- terapista della riabilitazione
- infermiere
- educatore
- psicologo
- neuropsichiatra infantile
- psichiatra
- esperti di accessibilità
- altro specialista di riferimento della persona

Possono altresì essere coinvolti dalla UVMD, referenti di altri soggetti/enti pubblici, privati e del privato sociale, che hanno un ruolo nel Progetto di vita della persona.
Per i casi in età scolare, almeno nella fase istruttoria della valutazione, è necessario il coinvolgimento di un rappresentante della scuola, come previsto dalla normativa nazionale di riferimento.

FUNZIONI
- effettua la **valutazione multidimensionale** del bisogno e definisce il **profilo di funzionamento** della persona secondo le procedure definite e approvate a livello regionale;
- **per i casi in età scolare** il profilo di funzionamento, come previsto dalla normativa nazionale di riferimento, ricomprende competenze e misure per l'inclusione scolastica, è redatto con la partecipazione del professionista dell'istituzione scolastica ed è aggiornato al passaggio di ogni grado di istruzione o in presenza di nuove e sopravvenute condizioni di funzionamento;
- definisce il **Progetto di vita** della persona che, per i casi in età scolare ricomprende anche il PEI;
- garantisce la **partecipazione** della persona (e/o del suo legale rappresentante) sia nella fase valutativa che in quella progettuale;
- in sede di definizione del Progetto di vita, nomina il **case manager** della persona;
- effettua il **monitoraggio** dell'efficacia del Progetto di vita, la **rivalutazione** periodica delle condizioni di bisogno e l'eventuale **ridefinizione** del Progetto stesso.

Il livello organizzativo dei GOM, laddove esistente, è superato e le sue funzioni sono ricondotte alle funzioni e procedure della UVMD.

Ciascuna zona distretto/SdS approva con proprio atto il r**egolamento di organizzazione e funzionamento** della UVMD, per:
- la gestione della fase istruttoria della valutazione;
- la calendarizzazione delle sedute;
- l'individuazione delle priorità e delle urgenze;
- la definizione delle modalità operative di coinvolgimento e partecipazione della persona;
- la predisposizione di uno schema di verbale delle sedute e dei suoi contenuti minimi;
- l'individuazione degli spazi fisici per le sedute e per la tenuta della documentazione.

Azienda USL Toscana Nord Ovest ARRIVO 14 gennaio 2020 Prot: 2020/0010454/GEN/000SEGRDG

COORDINAMENTO
Il coordinatore della UVMD, con il supporto amministrativo, svolge i seguenti compiti:
- in collaborazione con gli altri professionisti del gruppo stabile predispone il regolamento di organizzazione e funzionamento della UVMD zonale, per la sua approvazione da parte del Direttore di zona distretto/SdS;
- conosce, coordina e alloca le diverse fonti di finanziamento allo scopo di comporre il budget unico;
- calendarizza i casi da discutere nella seduta, sulla base dei criteri di priorità e urgenza previsti nel regolamento di organizzazione e funzionamento della UVMD;
- verifica, con il supporto degli altri componenti stabili della UVMD, la completezza della documentazione necessaria per la fase istruttoria di valutazione dei casi, predisponendo eventualmente la richiesta di documentazione integrativa;
- individua e convoca i professionisti necessari per la valutazione della persona e, ove necessario, i referenti di altri soggetti/enti coinvolti;
- è responsabile della tenuta e dell'aggiornamento della cartella personale di ciascun caso in carico;
- è il riferimento del case manager per la richiesta di rivalutazione del caso e per la segnalazione di difficoltà di attuazione delle azioni previste nel Progetto di vita.

FUNZIONE AMMINISTRATIVA
La figura amministrativa di supporto alla UVMD ha i seguenti compiti:
- supporta il coordinatore UVMD, attraverso il raccordo con gli uffici amministrativi, per la conoscenza, il coordinamento e l'allocazione delle diverse fonti di finanziamento allo scopo di comporre il budget unico;
- convoca le sedute della UVMD e trasmette il calendario dei casi da discutere;
- raccoglie ogni eventuale altra documentazione utile allo svolgimento della seduta;
- redige il verbale della seduta;
- si raccorda con gli altri uffici amministrativi competenti per l'attivazione delle azioni individuate nel Progetto di vita;
- gestisce e aggiorna le eventuali graduatorie e/o liste di attesa per l'accesso ai servizi e alle prestazioni.

La PARTECIPAZIONE DELLA PERSONA
Al fine di assicurare la più ampia partecipazione possibile della persona e di concretizzare il principio dell'autodeterminazione, vanno garantiti, con le minori limitazioni possibili e con particolare riguardo alle persone con disabilità intellettiva, del neurosviluppo e sensoriale, strumenti e strategie volti a facilitare la comprensione delle misure proposte e la presa delle decisioni.

Fermo restando che parte della fase istruttoria debba svolgersi tra le sole componenti dell'equipe multiprofessionale, la partecipazione della persona con disabilità alle fasi di valutazione e definizione del Progetto di vita è strategica rispetto alla efficacia dello stesso e deve essere pratica valorizzata e quanto più estesa all'interno di questo percorso.

Le modalità operative di partecipazione devono prevedere almeno:
- un incontro nella fase istruttoria della valutazione, nel quale sono indagati sia i bisogni che le legittime aspirazioni della persona, tenendo conto dei suoi desideri, aspettative e preferenze;
- un incontro per la condivisione della proposta preliminare di Progetto di vita, al fine del coinvolgimento attivo e consapevole della persona nella definizione dello stesso. In questa fase, nel rispetto del principio della libera scelta e di autodeterminazione, la persona può coinvolgere un referente di altri soggetti/enti privati o del privato sociale, purché non direttamente coinvolti nella erogazione di servizi e prestazioni previsti nel proprio Progetto di vita.
La famiglia o il legale rappresentante, deve essere coinvolta in tutti i casi di minore età, tutela, curatela e amministrazione di sostegno e può, comunque essere attivamente coinvolta sia dalla persona con disabilità che dai servizi, ove se ne ravvisi l'opportunità.
L'accettazione del Progetto di vita deve essere sancita attraverso la sottoscrizione dello stesso; analogamente, ogni eventuale rifiuto, anche solo parziale, deve essere attestato nel medesimo.

Azienda USL Toscana Nord Ovest ARRIVO 14 gennaio 2020 Prot: 2020/0010454/GEN/000SEGRDG