

Deliberazione della Giunta Regionale 25 giugno 2013, n. 14-5999

Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013.

A relazione del Vicepresidente Pichetto Fratin:

Con D.G.R. n. 1-415 del 2.08.2010 è stato approvato l'Accordo sottoscritto in data 29 luglio 2010 tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Piemonte unitamente all'Allegato "Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico" ai sensi dell'art. 1 comma 180 della L. 30 dicembre 2004 n. 311.

Il PSSR 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012 al Cap. 4 -"Le fragilità" al punto 4.4 *Gli anziani non autosufficienti* - prevede di dare sviluppo alla rete dei servizi semiresidenziali e residenziali per anziani attraverso una revisione del modello organizzativo-gestionale dei servizi semi-residenziali e residenziali, per migliorarne l'efficienza e garantire flessibilità di risposta a bisogni socio-sanitari in profonda evoluzione e spesso necessitanti di prese in carico specializzate.

Con D.G.R. 45-4248 del 30.7.2012 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n.25-12129 del 14 .09.2009 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.2008". Revoca precedenti deliberazioni" è stata data attuazione alle previsioni del PSSR, attraverso la revisione del modello organizzativo gestionale delle residenze per anziani non autosufficienti.

Il nuovo modello, rivedendo tra l'altro le intensità assistenziali e la normativa regionale collegata, ridisegna nell'Allegato 6 la composizione, le funzioni e le modalità operative dell'Unità Valutativa Geriatria (U.V.G.). Il paragrafo "*Selezione e attivazione*" è stato oggetto di ricorso al T.A.R. da parte dell'Associazione Promozione sociale, dall'Unione per la Tutela degli Insufficienti Mentali U.T.I.M., e dall'Unione per la Lotta contro l'Emarginazione Sociale - U.L.C.E.S., in quanto la previsione in essa contenuta di predisporre "*graduatorie, distinte per tipologia*", sostanzialmente delle liste di attesa, lederebbe un diritto soggettivo tutelato dalla previsione normativa nazionale di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2011.

Per questo motivo il T.A.R. ha in primis sospeso questa parte della deliberazione ("con riferimento all'istituzione di liste di attesa per la presa in carico dell'anziano (liste di attesa previste nell'ipotesi in cui le risorse richieste dal Progetto individualizzato non siano immediatamente disponibili: Allegato n. 6 della delibera impugnata, paragrafo "*Selezione e attivazione*"), sono viceversa ravvisabili profili di fondatezza del gravame, trattandosi di una previsione che incide su prestazioni rientranti nei livelli di assistenza (D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1.C, punti 8 e 9), i quali devono essere garantiti, in modo uniforme, su tutto il territorio nazionale (cfr. precedente cautelare della Sezione, n. 381 del 2012) e successivamente ordinato alla Regione di "apprestare idonee misure organizzative al fine di soddisfare le esigenze connesse alla presa in carico degli anziani, così come imposto dalla normativa nazionale sui LEA, ai sensi dell'ordinanza n. 609 del 2012 di questo TAR" in quanto la nota regionale con la quale si informavano le ASL della decisione cautelativa del ordine giudiziario conteneva la frase "Pertanto, il TAR Piemonte, con la citata ordinanza ha accolto la richiesta di sospensione della delibera in esame solo in parte qua, ossia relativamente alle disposizioni della D.G.R. n. 45/2012 sulle liste di attesa, per cui, definita la sospensione, rimane in vigore la normativa previdente ossia le disposizioni contenute nella D.G.R.

n. 42-8390 del 10 marzo 2008...” interpretata come elusiva delle disposizioni cautelari stesse.

La Giunta regionale con le misure indicate nel presente provvedimento intende dare attuazione all’ordinanza del TAR ed in particolare alla disposizione contenuta nell’ordinanza 141/2013 del 27 marzo 2013; “di apprestare idonee misure organizzative al fine di soddisfare le esigenze connesse alla presa in carico degli anziani”.

A tale scopo la Giunta regionale intende muoversi nel rispetto degli impegni assunti a livello nazionale e del dettato normativo nazionale, tenendo conto del principio di uniformità rispetto al territorio nazionale riguardo l’erogazione delle prestazioni rientranti nei livelli di assistenza (D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1.C, punti 8 e 9).

In particolare le disposizioni di cui al presente provvedimento tengono conto della Legge 23 dicembre 2005 n. 266, a cui si rimanda, che introduce lo strumento del Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa, comma 280, nonché l’attivazione di uno specifico flusso informativo “per il monitoraggio delle liste di attesa”.

L’ultima edizione del Piano redatta sulla base dell’intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale per il triennio 2010-2012 è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale 23/11/2010 n. 274, (Suppl. ordinario) e contiene criteri e principi per la gestione del fenomeno liste d’attesa, che di seguito si richiamano per completezza di esposizione:

“Il fenomeno delle liste di attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato. Per il peculiare impatto che riveste sia sull’organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale che sul diritto dei cittadini all’erogazione delle prestazioni definite nell’ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, la realizzazione di un Piano Nazionale di governo delle liste d’attesa costituisce un impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa.

La gestione delle liste di attesa può trovare più facile soluzione se si individuano strumenti e modi di collaborazione di tutti gli attori del sistema, sia quelli operanti sul versante prescrittivo sia quelli di tutela del cittadino per una concreta presa in carico dei pazienti fin dal processo di definizione o approfondimento diagnostico da parte degli specialisti e delle strutture, prevedendo anche modelli di gestione integrata dell’assistenza per pazienti cronici nell’ambito delle cure primarie (Chronic Care Model), attraverso l’attuazione e gestione programmata dei protocolli diagnostici.

L’obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del SSN di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l’inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA.

La soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul versante dell’organizzazione dell’offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni. A tal fine, si conviene sulla necessità di individuare strumenti di governo clinico, ai diversi livelli del sistema, che coinvolgano direttamente tutti i professionisti prescrittori, ad integrazione degli interventi già previsti nei provvedimenti adottati a seguito del Piano Nazionale di contenimento dei tempi d’attesa 2006-2008.

Il governo delle liste d'attesa è, altresì, fortemente connesso ad altri processi che, sia a livello centrale che periferico, si ripercuotono decisamente sulle modalità organizzative del rapporto domanda-offerta, rispetto a cui deve essere perseguita una necessaria coerenza di sistema. [...]

Il PNGLA si propone di condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli”.

Ai fini del completo inquadramento del panorama legislativo in materia bisogna tener conto delle disposizioni contenute nel comma 6 dell'art. 41 del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33: “Gli enti, le aziende e le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario sono tenuti ad indicare nel proprio sito, in apposita sezione denominata “Liste di attesa”, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.”

Alla luce della norma sopra richiamata e per dare attuazione a quanto richiesto dal TAR con ordinanza, si ritiene di dover procedere in analogia attraverso la definizione di criteri di appropriatezza e di priorità clinico-assistenziale specifici per l'accesso alle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti.

Pertanto con l'allegato A, che fa parte integrante del presente provvedimento vengono fornite alle ASR specifiche indicazioni di carattere organizzativo, al fine di migliorare da parte delle U.V.G. le modalità di presa in carico dell'anziano non autosufficiente, individuando una griglia temporale per l'accesso appropriato alle prestazioni di assistenza residenziale, da fornire al cittadino a seguito della presa in carico nel rispetto di precise classi di priorità, elaborate attraverso indicatori di valutazione clinica e sociale.

L'allegato A introduce altresì indicazioni per la garanzia della trasparenza dell'accesso alle prestazioni di assistenza residenziale omogenee sul territorio regionale.

LE RISORSE FINANZIARIE DISPONIBILI PER LA PRESA IN CARICO DELLE PERSONE ANZIANE NON AUTOSUFFICIENTI

Con D.G.R. n. 2-4474 del 6 agosto 2012 “Determinazione obiettivi economico-finanziari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2012 sono state destinate per le prestazioni e servizi domiciliare, semi-residenziale e residenziale a favore degli anziani non autosufficienti risorse per € 465.009.430, di cui alla macro voce del conto economico “altre prestazioni da privato”.

In particolare le risorse finanziarie a disposizione e specificatamente utilizzate per l'assistenza residenziale per anziani non autosufficienti sono state per l'anno 2012 pari a € 265.000.000, come da consuntivo IV trimestre 2012.

A questo riguardo va rilevato che la dinamica della spesa sanitaria in Regione Piemonte deve tenere conto della riduzione del fondo sanitario regionale per effetto della spending review (1.800€/mln per l'anno 2013, 2.000€/mln per l'anno 2014 e 2.100€/mln per l'anno 2015) e dalla legge di stabilità (ulteriori 600€/mln per l'anno 2013, ulteriori 1.000€/mln per l'anno sia 2014 sia 2015), nonché delle misure di razionalizzazione della spesa sanitaria, di cui all'Accordo previsto dalla L. n. 311/2004, stipulato dalla Regione Piemonte in data 29 luglio 2010 con i Ministri della Salute e dell'Economia e delle finanze, che individua gli interventi necessari per il perseguimento

dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e all'Addendum al Piano di rientro adottato con D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011.

In questo contesto è obiettivo programmatico della Regione Piemonte, per incrementare l'attuale tasso di attività da 3,4 casi ogni 100 ultra sessantacinquenni a 4 ogni 100 ultra sessantacinquenni determinando una presa in carico di 7.000 casi in più nel prossimo triennio per l'area dei servizi sanitari per le persone anziane non autosufficienti, procedere alla riconversione della rete ospedaliera per la post-acuzie attivando 1.100 posti letto in strutture extraospedaliere di continuità assistenziale a valenza sanitaria, sviluppare gli interventi di ADI e mantenere invariati i livelli degli altri servizi essenziali erogati a favore delle persone anziane non autosufficienti (residenzialità anziani, anziani malati terminali, anziani ex art.26, ospedale di comunità, continuità assistenziale).

Con il presente provvedimento, pertanto, si approva la consistenza del budget regionale per l'anno 2013 in € 265.000.000 per l'acquisto di prestazioni di assistenza residenziale per persone non autosufficienti, rimandando ad un successivo provvedimento i criteri di assegnazione alle ASR.

Con successivo provvedimento, attualmente in fase di confronto con le parti sociali, verrà adottato il nuovo Piano Tariffario per le strutture residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti, che consentirà, attraverso l'utilizzo del budget sopra specificato, di incrementare la dotazione di posti-letto di almeno il 15% di quelli attualmente disponibili per tale tipologia di attività, articolati nelle intensità assistenziali, di cui alla D.G.R 45/2012, permettendo alle ASR di poter dare ampia attuazione alle disposizioni organizzative di cui all'Allegato A al presente provvedimento.

Rilevata, per i motivi espressi in premessa, la necessità di individuare idonee misure organizzative per quanto riguarda le prestazioni oggetto del presente provvedimento;

vista la Legge 23 dicembre 2000, n. 388, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)", con particolare riferimento all'art. 87;

vista Legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)";

vista l'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005;

vista la Legge 23 dicembre 2005 n. 266, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006)";

visto l'intesa tra il "Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2010-2012, di cui all'articolo 1, comma 280 della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

visto il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazione da parte delle pubbliche amministrazioni", con particolare riferimento all'art. 41;

vista la Legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 "Realizzazione Sistema Integrato di interventi e servizi sociali";

visto l'art. 16 della Legge regionale 23 luglio 2008, n. 23 "Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale";

vista la Legge regionale 18 febbraio 2010, n. 10, "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti";

visto il D.P.C.M. 14 febbraio 2001;

visto il D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, punto 1 C;

vista la D.C.R. 3 aprile 2012, n. 167-14087, "Approvazione del Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2015...";

vista la D.G.R. 41-42433 del 9 gennaio 1995, "Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani" - Deliberazione attuativa relativa alle attività svolte nelle strutture residenziali";

vista la D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, "Cartella Geriatrica dell'Unita' di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale...".

vista la D.G.R. 25-12129 del 14 settembre 2009 "Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie";

vista la D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010, "Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2009, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009";

vista la D.G.R. 44-1615 del 28 febbraio 2011, "(Addendum)";

vista la D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti";

vista la D.G.R. 2-4474 del 6 agosto 2012, "Determinazione obiettivi economici-finanziari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2012";

tenuto conto delle disposizioni emesse dal Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte con Ordinanza 609/2012 del 22 novembre 2012;

tenuto conto delle disposizioni emesse dal Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte con Ordinanza 141/2013 del 27 marzo 2013;

tenuto conto delle richieste dell'ordine del giorno del Consiglio regionale del Piemonte n. 191 del 12 gennaio 2011;

la Giunta Regionale, a voti unanimi,

delibera

1. di approvare l'allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, con il quale vengono fornite le misure organizzative in ottemperanza all'ordinanza del Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte n 141/2013 del 27 marzo 2013;

2. di approvare i nuovi modelli contenuti nell'Allegato B, che costituisce parte integrante e

sostanziale del presente provvedimento, composto da:

a. Modulo a - *Domanda di valutazione*, che sostituisce l'allegato A della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, così come modificata dalla D.G.R. 45-4248/2012;

b. Modulo b - *Riepilogo della valutazione sociale e sanitaria*, che sostituisce il modulo B3 dell'Allegato C della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, così come modificata dalla D.G.R. 45-4248/2012;

c. Modulo c - *Definizione dell'intensità assistenziale residenziale* che sostituisce il modulo C1 dell'allegato C della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 così come modificata dalla D.G.R. 45-4248/2012;

3. di approvare la consistenza del budget regionale per l'anno 2013 in €. 265.000.000, che trovano copertura nel fondo indistinto delle ASL per l'anno 2013, da destinare espressamente per l'acquisto di prestazioni di assistenza residenziale per persone non autosufficienti, rimandando ad un successivo provvedimento i criteri di assegnazione alle A.S.R.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. 22/2010.

(omissis)

Allegato

ALLEGATO A

Modalità di presa in carico della persona anziana non autosufficiente da parte della rete regionale dei servizi socio-sanitari

Avvio della procedura di valutazione

La persona interessata ad un intervento di sostegno della rete dei servizi socio-sanitari presenta richiesta all'ASL di competenza, compilando il modulo a dell'Allegato B, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, previa impegnativa del proprio Medico di Medicina Generale (M.M.G.).

Questi ha il compito di valutare, sulla base della propria conoscenza del quadro clinico-assistenziale e socio-familiare dell'assistito, se sussistono concrete necessità per le quali si possa richiedere una valutazione socio-sanitaria di non autosufficienza.

La domanda deve essere obbligatoriamente corredata dalla "Scheda Informativa Sanitaria", di cui all'allegato B della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, quale motivazione nella richiesta di valutazione dal parte dell'Unità di Valutazione Geriatria (U.V.G.) e primo inquadramento clinico della persona.

Presentazione della richiesta di valutazione

La persona interessata deve presentare la richiesta di intervento corredata dall'impegnativa e dalla "Scheda Informativa Sanitaria" presso il Punto Unico di Accesso (P.U.A.) di competenza che avvierà la procedura di valutazione da parte dell'U.V.G. con le modalità descritte nella D.G.R. 42-8390/2008. Non possono essere accettate istanze prive dell'impegnativa del M.M.G./Medico curante o della "Scheda informativa sanitaria".

La valutazione

La valutazione della persona interessata da parte della Commissione U.V.G. avviene secondo le modalità previste dalla D.G.R. 42-8390/2008 e dalla D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010; al termine della valutazione, per i casi riconosciuti quali persone non autosufficienti, deve essere individuata la risposta adeguata tra i progetti residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

Occorre, inoltre, tenere presente che le prestazioni erogate a favore degli anziani non autosufficienti rientrano nelle prestazioni atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di mantenimento delle capacità residue.

La persona viene riconosciuta "non autosufficiente" con una valutazione sanitaria, data dalle scale ADL (funzione +mobilità), IADL, A.Di.Co., DMI, SPSMQ, pari a 5 o superiore.

La risposta progettuale deve avere come obiettivo prioritario il mantenere la persona al proprio domicilio; per questo motivo è opportuno individuare un progetto residenziale a seguito di valutazione dell'U.V.G. con punteggio pari o superiore a 19, che rappresenta il punteggio massimo complessivo raggiungibile con il punteggio minimo degli aspetti sanitari della valutazione

dell'U.V.G. pari a 5 ed è da quest'ultimo punteggio che scaturisce l'individuazione dell'intensità assistenziale di cui alla D.G.R. 45-4248/2012.

L'U.V.G. potrà, comunque, individuare un progetto residenziale anche per casi con punteggio inferiore a 19, dichiarando espressamente i motivi per i quali ritiene appropriato l'inserimento in struttura residenziale.

Per le persone, già valutate alla data di approvazione del presente provvedimento, con punteggio inferiore a 19, l'U.V.G. di competenza è tenuta a provvedere a una nuova valutazione in base alle attuali disposizioni.

I servizi attivabili per la realizzazione dei progetti predisposti in sede di valutazione della persona richiedente

La valutazione dell'U.V.G. contempla la predisposizione di un Progetto in grado di rispondere alle necessità della persona; il Progetto deve definire quale risposta di servizio meglio si adatta ai bisogni assistenziali emersi.

A tal fine l'U.V.G. potrà definire un:

Progetto di Residenzialità: si tratta di un Progetto che prevede l'inserimento della persona presso una struttura residenziale per anziani non autosufficienti (Residenza Sociosanitaria Assistenziale – RSA) di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditata con il S.S.R.;

Progetto di Residenzialità Temporanea: si tratta di un Progetto che prevede l'inserimento della persona presso una struttura residenziale per anziani non autosufficienti (Residenza Sociosanitaria Assistenziale – RSA) di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditata con il S.S.R., con carattere di temporaneità.

Progetto di Semiresidenzialità: si tratta di un Progetto che prevede l'inserimento diurno della persona in strutture socio-sanitarie (Centri Diurni) di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditate con il S.S.R., al fine di permettere un'attenta assistenza alla persona, nonché di sostenere la famiglia nella gestione dell'anziano al proprio domicilio.

Progetto di Domiciliarità: si tratta di un Progetto che prevede l'impiego di figure assistenziali di supporto presso il domicilio della persona, al fine di agevolare il mantenimento delle funzioni essenziali di vita, dandone supporto alla famiglia.

La presa in carico residenziale

Il presente sistema di presa in carico, per quanto attiene i Progetti di residenzialità, terrà comunque conto delle situazioni in cui si ravvisano caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali che determinano una priorità di accesso.

Compete quindi all'U.V.G., sulla base dei bisogni assistenziali emersi in sede di valutazione, assegnare un *grado di priorità* tra "Urgente", "Non urgente" e "Differibile" al Progetto assistenziale residenziale.

A tal fine vengono definiti i seguenti criteri per individuare il grado di priorità:

CASI URGENTI

Valutazione complessiva dell'U.V.G. con punteggio pari o superiore a 24.

L'U.V.G. potrà comunque assegnare un grado di priorità "urgente" anche a casi con punteggio inferiore a 24 qualora sussistano:

- Alta complessità assistenziale sanitaria e sociale;
- Alta complessità sanitaria;
- Gravissimo disagio sociale e/o socio-economico, ivi compresi gli anziani non autosufficienti già valutati dall'U.V.G. e inseriti in struttura autonomamente.

CASI NON URGENTI

- Significativi problemi sanitari con moderati bisogni assistenziali.

CASI DIFFERIBILI

- Parziale perdita di autonomia nella gestione delle attività della vita quotidiana con presenza di supporto parentale e/o amicale.

Tempi di risposta della rete di servizi socio-sanitari

I Progetti ai quali è stato riconosciuto un grado di priorità "Urgente" dovranno trovare risposta attuativa entro 90 giorni dalla valutazione.

Per i progetti per i quali è stato riconosciuto un grado di priorità "Non urgente", viene individuato il tempo standard di risposta di un anno dalla valutazione.

I Progetti per i quali è stato riconosciuto un grado di priorità "Differibile", in relazione al modesto grado di gravità e/o al buon grado di supporto della rete parentale o del reddito disponibile, non hanno un tempo di risposta, ma dovranno essere monitorati periodicamente, al fine di valutare se la situazione di contesto sia significativamente mutata o se deve essere effettuata una nuova valutazione da parte dell'U.V.G..

Modelli di rilevazione dei tempi di attesa

Entro 60 giorni dall'approvazione del presente provvedimento la Direzione regionale delle Politiche Sociali, di concerto con la Direzione regionale della Sanità adoterà con apposito provvedimento dirigenziale i modelli di rilevazione dei "Tempi di attesa previsti" e dei "Tempi medi di Attesa effettivi" per ciascuna tipologia di prestazione erogata fornendo le necessarie indicazioni per la corretta rilevazione attenendosi ai seguenti criteri:

- ❖ periodicità trimestrale con scadenza nei mesi di Marzo, Giugno, Settembre, Dicembre;
- ❖ monitoraggio della consistenza delle valutazioni effettuate dalle U.V.G.;
- ❖ suddivisione dei Progetti predisposti dall'UVG per tipologia (residenziale, semiresidenziale, domiciliare).

I dati raccolti, dovranno essere pubblicati sul sito web della Regione Piemonte www.regione.piemonte.it nella sezione dedicata alle Politiche Sociali.

Allo stesso modo anche le ASL sono tenute a provvedere, per quanto di loro competenza, alla pubblicazione dei dati raccolti.

ALLEGATO B

Modulo a - *Domanda di valutazione*

sostituisce l'allegato A della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, così come modificata dalla D.G.R. 45-4248/2012

Modulo b - *Riepilogo della valutazione sociale e sanitaria*

sostituisce il modulo B3 dell'Allegato C della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, così come modificata dalla D.G.R. 45-4248/2012

Modulo c - *Definizione dell'intensità assistenziale residenziale*

sostituisce il modulo C1 dell'allegato C della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 così come modificata dalla D.G.R. 45-4248/2012, così come modificata dalla D.G.R. 45-4248/2012

Modulo a - Richiesta di valutazione

ALLA UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. _____
(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G.)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____
residente a _____ Prov _____
via/piazza _____ n° _____ telefono _____

in qualità di: diretto interessato tutore/curatore
 amministratore di sostegno procuratore

C H I E D E C H E

il sottoscritto(se diretto interessato) /la persona sottoindicata (nell'apposito riquadro)
sia sottoposta a Valutazione Multidimensionale da codesta U.V.G. per la definizione di un Progetto
socio-sanitario

in qualità di:

- coniuge/convivente (specificare)
 prossimo congiunto (specificare grado di parentela)
 altro (specificare)

S E G N A L A

la persona sotto indicata (nell'apposito riquadro), affinché codesta U.V.G. sottoponga la medesima a
Valutazione Multidimensionale, al fine della definizione di un Progetto socio-sanitario

(il riquadro successivo non deve essere compilato se la domanda è presentata dal diretto interessato, in
quanto i dati richiesti sono già stati compilati)

il/la sig./ra _____
nato/a _____ il ____ / ____ / ____
residente a _____ Cap. _____
Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____

stato civile _____ Codice fiscale _____

domiciliato a _____ CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

Medico Curante: _____ tel. _____

A tal fine:

consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 e s.m.i. in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.

COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra _____

riceve o ha ricevuto interventi da

Servizio sanitario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale
Servizio sociale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale

Allega alla presente domanda la documentazione ritenuta di utilità per una migliore valutazione sanitaria e sociale.

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra	_____
Via / piazza	_____
Comune	_____ CAP _____

Data _____

(Timbro e Firma dell'operatore che riceve la domanda)

(Firma di chi presenta l'istanza)

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria dell'U.V.G. al seguente numero telefonico _____

Espressione di CONSENSO al Trattamento dei DATI

Artt. 81- 82 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Alla consegna presentarsi con documento di identità valido o (se diverso dal diretto interessato) con delega e documento anche del delegante.

Io sottoscritto (Nome e Cognome) _____

nato a _____ il ____ / ____ / ____

codice fiscale _____

residente a (Comune, Provincia) _____

in via (indirizzo) _____

oppure

il/la Sig./Sig.ra _____

Rappresentante legale

Coniuge/Convivente

Prossimo congiunto/Familiare

informato, ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e s.m.i. , che:

- i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione geriatrica;
- i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgs. 196/2003 e s.m.i., oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi;
- può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria UVG;

per il trattamento dei dati personali e sensibili

presta il suo consenso: data ____ / ____ / ____ Firma di chi esprime il consenso _____

nega il suo consenso: data ____ / ____ / ____ Firma di chi nega il consenso _____

Modulo b

U.V.G ASL

RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA

Cognome e Nome.....

Prima valutazione *Rivalutazione*

PUNTEGGIO PER GRADUATORIA

Aspetti Sociali	Punti
Aspetti Sanitari	Punti
TOTALE (intervallo 0 - 28)	Punti

Conclusioni della valutazione:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Note

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____

Modulo C

U.V.G ASL

DEFINIZIONE DELLA INTENSITA' ASSISTENZIALE RESIDENZIALE

Cognome e Nome.....

Punteggio A.D.L. (funzione + mobilità)	
Punteggio S.P.M.S.Q.	
Punteggio A.Di.Co.	
Punteggio D.M.I.	
Totale	

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione solamente di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico - diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

L'Unità di Valutazione Geriatria ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, in quelle situazioni in cui si ravvisano palesi elementi di raggiunta stabilità o presunta evoluzione di criticità e/o instabilità, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

Punteggio aspetti sanitari	5	6	7 - 8	9	10 - 11	12
Intensità Assistenziale	Bassa	Medio-bassa	Media	Medio-alta	Alta	Alta livello Incremen.
Esito						

Motivazione

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Situazione stabilizzata **Situazione non stabilizzata**

<i>I componenti dell'UVG</i>	<i>Nome e cognome</i>	<i>Firma leggibile</i>
Il Presidente		

Luogo e data _____