

**Applicazione della D.G.R. 51 – 11389 del 23.12.2003**  
**D.P.C.M. 29 novembre 2001 Livelli Essenziali di Assistenza**

**ACCORDO DI PROGRAMMA PER LA LUNGOASSISTENZA DOMICILIARE**

ai sensi dell'art. 34 del D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267  
ai sensi della D.G.R. 24 novembre 1997, n. 27-23223  
ai sensi della D.C.R. 24 ottobre 2007, n. 137-40212, suppl. n. 2  
ai sensi della D.G.R. 10 marzo 2008, n. 42-8390  
ai sensi della D.G.R. 6 aprile 2009, n. 39 –11190  
ai sensi della D.G.R. 15 febbraio 2010, n. 56-13332  
in attuazione della D.C.C. 26 settembre 2005, n. 140  
in attuazione della D.C.C. 30 novembre 2009, n. 197  
in attuazione della L.R. 18 febbraio 2010, n. 10

tra  
**le AZIENDE SANITARIE LOCALI TORINESI N. 1, 2**  
**in persona**  
**dei Direttori Generali**  
**Ferruccio Massa**  
**Giulio Fornero**  
e  
**il COMUNE DI TORINO**  
**in persona**  
**dell'Assessore Marco Borgione**

**Vista**

- D.P.R. 1 marzo 1994 *Approvazione Piano Sanitario Nazionale 1994 art. 4 comma 5B*
- ✓ Legge 328 del 08 marzo 2000 *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*;
- ✓ D.P.C.M. del 14 febbraio 2001 *“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”*;
- ✓ D.P.C.M. del 30 marzo 2001 *“Atto di indirizzo e coordinamento sui sistemi di affidamento dei servizi alla persona ai sensi dell’art. 5 della L. 328 del 08/11/2000”*;
- ✓ D.P.C.M. del 29 novembre 2001 *“Definizione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.)”*;
- ✓ D.P.R. del 23 maggio 2003 *“Piano Sanitario Nazionale 2003/2005”*;
- ✓ L.R. 01 del 08 gennaio 2004 *“Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”*;
- ✓ L.R. 10 del 18 febbraio 2010 *“Servizi domiciliari per persone non autosufficienti”*
- ✓ D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 *“Linee guida per l’attivazione del servizio di cure domiciliari nelle A.S.L. della Regione Piemonte”*
- ✓ D.G.R. 62-9692 del 16 giugno del 2003 *“Ulteriori disposizioni per l’attivazione del servizio cure domiciliari ad integrazione della D.G.R. 41-5952 del 7.5.2002”*
- ✓ D.G.R. 51-11389 del 23 dicembre 2003 *“D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto I.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio-sanitaria”*;

## **Allegato A**

deliberazione n. 2010 01695/019

- ✓ DGR 72-11420 del 20 dicembre 2004 *“Percorso di continuità assistenziale per anziani ultra65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziani non autosufficienti”.*
- ✓ DGR 17 - 15226 del 30 marzo 2005 *“Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. 51-11389 del 23 dicembre 2003 “D.P.C.M. 29.11.2001, Allegato 1, punto 1.C. Applicazione dei livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio sanitaria”*
- ✓ D.G.R. del 31 luglio 2006 *“Piano d’intervento per la progressiva applicazione del modello assistenziale e tariffario previsto dalla D.G.R. n. 17-15226 del 30.03.2005”*
- ✓ D.G.R. del 23 luglio 2007 *“Criteri per la compartecipazione degli anziani non autosufficienti al costo della retta e criteri per l’erogazione degli incentivi previsti dalla deliberazione della Giunta regionale 2-3520 del 31 luglio 2006 a favore di comuni ed enti gestori”*
- ✓ D.C.R. del 24 ottobre 2007 *“Piano Socio-Sanitario regionale 2007-2010”*
- ✓ D.G.R. del 10 marzo 2008 *“Cartella Geriatrica dell’ Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 e della D.G.R. n. 14-26366/1998”*
- ✓ D.G.R. del 6 aprile 2009 *“ Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n. 37-6500 del 23.7.2007”*
- ✓ D.G.R. del 15 febbraio 2010 *“Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficiente in lungoassistenza a favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore a 65 anni. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. 39-11190 del 6 aprile 2009”*
- ✓ D.G.C. del 26 novembre 2002 *“Istituzione albo prestatori di servizi socio sanitari per persone disabili ed anziane non autosufficienti. Sperimentazione. Approvazione schema di convenzione”;*
- ✓ D.G.C. del 08 agosto 2003 *“Albo prestatori di servizi socio sanitari, sezione B - Servizi residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità. Definizione dei requisiti organizzativi, gestionali e strutturali. Requisiti sperimentali di qualità. Approvazione schema di accordo. Istituzione gruppo misto partecipato”;*
- ✓ D.C.C del 26 settembre 2005 *“Riordino delle prestazioni domiciliari sociali e socio sanitarie”*
- ✓ D.G.C. del 17 gennaio 2006 *“Istituzione della Sezione C - Servizi domiciliari - dell’Albo dei fornitori accreditati di prestazioni sociali e sociosanitarie. Approvazione avviso e schema di accordo: Istituzione gruppo misto partecipato”*
- ✓ D.C.C. del 30 novembre 2009 *“Riordino delle prestazioni domiciliari sociali e socio-sanitarie. Recepimento D.G.R. 39-11190 del 6 aprile 2009”*

## Premessa

Con deliberazione del Consiglio Comunale del 26 settembre 2005 n. 140 è stato approvato un nuovo modello organizzativo che, integrando le funzioni dei Servizi Sociali e Sanitari della città, offre ai cittadini percorsi unitari di assistenza domiciliare socio-sanitaria per l'erogazione delle prestazioni domiciliari sociali e socio sanitarie.

Questo sistema ha introdotto un regime di accreditamento con possibilità di scelta del fornitore, secondo quanto previsto dalla legge 328/2000, modello confermato con l'approvazione della deliberazione del Consiglio Comunale del 30 novembre 2009 n. 197.

Tale atto, in esito al percorso di sperimentazione attuato con la precedente deliberazione e al suo monitoraggio sia da parte dei servizi sanitari e sociali che da parte del Gruppo Misto Partecipato, di cui alla deliberazione della G.C. del 17 gennaio 2006, ha recepito i correttivi e le migliorie ritenute necessarie e opportune per una prima sistematizzazione del sistema, anche alla luce delle disposizioni contenute nella D.G.R. del 6 aprile 2009, n. 39-11190.

Gli interventi socio-sanitari domiciliari trovano ragione di essere ulteriormente sviluppati per la crescita dei bisogni di cura della non autosufficienza nella popolazione, motivati dall'incremento dell'esposizione al rischio di malattie invalidanti conseguente all'aumento dei cittadini anziani e molto anziani, dall'incremento della sopravvivenza nelle condizioni di malattie croniche e dalle conseguenti modificazioni delle possibilità di sostegno da parte delle famiglie. In questo sviluppo è sorta la necessità di inquadramento dei bisogni assistenziali mediante diagnosi e letture integrate multi professionali e di adozione di valutazioni attraverso strumenti raccomandati a livello regionale o sperimentati nel contesto locale, anche nella prospettiva di significare la crescita progressiva dell'impegno di risorse, di cui occorrerà analizzare i risultati in confronto alla globalità degli interventi di tutela della salute.

Nell'accezione di condivisione e partecipazione, sia di quanto sin qui realizzato sia della necessità di meglio indirizzare le risorse, a fronte della crescita esponenziale della domanda, verso quelle situazioni connotate da specifiche condizioni di debolezza socio-economica correlate al grado di limitazione dell'autonomia personale, secondo i principi della D.G.R. del 23 dicembre 2003, n. 51-11389, è stato messo a punto, nello specifico per gli anziani non autosufficienti, un percorso di identificazione e validazione di criteri di priorità. Con questi si è inteso implementare la scelta dell'avvio delle erogazioni ponendo l'attenzione a facilitarne l'accesso ai casi più gravi e sviluppando le risposte all'interno di un processo che affianca il concetto della cura a quello del "prendersi cura" e rende effettiva la possibilità di scelta tra cure domiciliari e inserimento in strutture socio-sanitarie.

Allo sviluppo dei servizi domiciliari a favore dei malati anziani non autosufficienti si collega la realizzazione del progetto sullo Sportello Unico Socio-sanitario, con la prossima futura disponibilità di una rete di punti di accesso integrati identificati nelle 10 sedi dei Servizi Sociali cittadini e presso le sedi delle Unità Valutative delle ASL in prospettiva di semplificare e facilitare le vie di accesso alle valutazioni per l'avvio dei servizi.

Con D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010 "Assegnazione risorse a sostegno della domiciliarità per non autosufficienze in lungo assistenza a favore di anziani e persone con disabilità con età inferiore a 65 anni. Modifiche ed integrazioni alla DGR 39-11190 del 6 aprile 2009" è stata approvata l'estensione del Contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza a persone con disabilità non autosufficienti di età inferiore a 65 anni e sono stati definiti i destinatari, i massimali, le condizioni per l'erogazione, il riconoscimento di un rimborso spese a favore del familiare e dell'affidatario.

L'allegato B) della deliberazione prevede che le AA.SS.LL. e gli Enti Gestori dei servizi socio-assistenziali procedano alla definizione di Accordi, in ambiti territoriali specifici quali la Città di Torino includendo più realtà distrettuali, per individuare le modalità di attuazione della citata DGR 56/10 che devono contenere i seguenti punti:

- obiettivi comuni,
- metodologia, risorse umane e strumenti organizzativi integrati per la predisposizione dei PI,

- soggetti coinvolti,
- destinatari ossia persone con disabilità non autosufficienti di età inferiore a 65 anni,
- modalità e luogo di presentazione delle istanze,
- servizi ed interventi previsti,
- monitoraggio dei PI,
- modalità di erogazione del contributo economico,
- definizione della modalità e della tempistica di programmazione dell'adeguamento di contributi economici già in essere con compartecipazione sociale e sanitaria, corrisposti con criteri diversi dalla DGR 56/10
- tempistica di attivazione

Le Aziende Sanitarie ASL TO1 ed ASL TO2 ed il Comune di Torino con la deliberazione del Consiglio Comunale del 26 settembre 2005 hanno già regolato il modello di erogazione delle prestazioni domiciliari socio-sanitarie per le persone anziane, disabili e minori e con la recente deliberazione del Consiglio Comunale del 30 novembre 2009 n. 197 hanno apportato i correttivi e le migliorie ritenute necessarie e opportune per tutte le categorie di utenza, anche in attuazione della D.G.R. del 6 aprile 2009, n. 39-11190.

Occorre pertanto nel presente Accordo definire le modalità di recepimento della D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010

Il presente accordo di programma diviene pertanto strumento di regolazione di un campo di azione i cui presupposti risultano i diritti esigibili dalle persone, i soggetti deputati a garantirli, le risorse e le modalità per attuarli.

L'articolato che segue ne sviluppa, quindi, le fasi in riferimento a quanto disposto negli atti nazionali, regionali e comunali in materia.

### **Tutto ciò premesso si conviene quanto segue**

espletata la conferenza di cui all'articolo 5 della D.G.R. 24 novembre 1997 n. 27-23223, il cui verbale fa parte integrante e sostanziale del presente accordo (Allegato 1)

## **Articolo 1**

### **Oggetto**

Costituisce oggetto del presente accordo la disciplina dell'esercizio delle prestazioni sanitarie e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", alla D.G.R. n. 51-11389 del 23 dicembre 2003, alla D.G.R. del 6 aprile 2009 n. 39 -11190 con riferimento all'articolazione delle cure domiciliari e alle D.C.C. n. 140 del 26 settembre 2005 e n. 197 del 30 novembre 2009 di riordino delle prestazioni domiciliari sociali e socio sanitarie.

## **Articolo 2**

### **Finalità**

Secondo quanto disposto dalle D.C.C. del 26 settembre 2005 e n. 197 del 30 novembre 2009 di cui all'articolo 1, sottendono alla realizzazione di una rete di servizi integrati socio sanitari, in grado di rispondere ai bisogni di cura delle persone malate croniche non autosufficienti assistibili a

domicilio tramite percorsi a garanzia della continuità di cura e progetti di lungo assistenza, le seguenti finalità:

- rafforzamento del sistema di servizi atto a garantire l'esigibilità dei diritti da parte dei cittadini torinesi nella globalità di un sistema articolato per la continuità di cura e sostegno
- mantenimento della persona nel proprio contesto di vita il più a lungo possibile
- riconoscimento della centralità della persona e della sua rete parentale e di sostegno nella determinazione della progettualità degli interventi di cura
- facilitazione per la presentazione delle domande per l'accesso ai servizi socio-sanitari mediante il perfezionamento delle modalità informative e delle azioni di orientamento, anche attraverso l'attivazione degli Sportelli Unici socio-sanitari rivolti ai cittadini malati cronici non autosufficienti, anziani od ad essi assimilabili, ed alle persone con profilo di funzionamento che abbiano necessità di sostegno per disabilità
- realizzazione di un modello organizzativo di integrazione delle funzioni dei Servizi, sociali e sanitari, che offra ai cittadini modalità e garanzie uniformi di accesso
- valorizzazione del ruolo delle famiglie e delle reti solidaristiche e del lavoro di cura da queste svolto
- qualificazione delle attività e differenziazione delle prestazioni erogate dai servizi in relazione alla molteplicità dei bisogni di cura e di sostegno, privilegiando le azioni volte a evitare l'istituzionalizzazione e/o i ricoveri ospedalieri
- perfezionamento dei livelli quantitativi e qualitativi di lettura e valutazione dei bisogni in collegamento alle relative progettualità attivate a domicilio in forma integrata
- messa a regime della graduazione dell'avvio degli interventi a favore dei malati cronici non autosufficienti, od a essi assimilabili, e delle persone con disabilità non autosufficienti di età inferiore a 65 anni, secondo le evidenze emerse dai risultati della sperimentazione per la ricerca ed applicazione di criteri di priorità per l'avvio delle progettualità assistenziali e di cura al domicilio
- conferma dell'offerta dell'erogazione di prestazioni socio-sanitarie domiciliari secondo criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza ed equità distributiva, basati sul modello di cooperazione interaziendale e interistituzionale per l'integrazione delle funzioni dei Servizi sociali e sanitari nel rispetto del principio di continuità delle cure
- predisposizione di modalità di monitoraggio più definite e circostanziate, a seconda delle situazioni, al fine di poter meglio rilevare l'efficacia di ciò che è stato avviato e l'adeguatezza degli interventi messi in atto
- proseguimento, a conferma della positività della sperimentazione attuata dall'entrata in vigore della D.C.C. del 26 settembre 2005 n. 140, dell'utilizzo di una rete complessa e diversificata di prestazioni attraverso il coinvolgimento del terzo settore, del privato e del volontariato finalizzata alla pluralità di offerta a sostegno della libera scelta del cittadino
- valorizzazione dei ruoli delle professionalità di aiuto coinvolti nella erogazione delle prestazioni domiciliari a favore dei malati cronici non autosufficienti, anziani o ad essi assimilabili, e, quando presente, del significato di cura dell'assistenza familiare.

### **Articolo 3**

#### **Collaborazione nelle fasi di acuzie e post acuzie**

Queste fasi, connotate da un rilevante impegno terapeutico e riabilitativo, prevedono la titolarità e la totale presa in carico da parte dei servizi sanitari delle AA.SS.LL..

In tali fasi sono ricompresi gli interventi di dimissioni protette, ospedalizzazione domiciliare, cure domiciliari.

All'ASL, attraverso la Centrale Operativa della Continuità Assistenziale (C.O.C.A.), devono pertanto pervenire le richieste da parte dei pronto soccorso, dei reparti dei presidi ospedalieri, delle

Case di Cura e Istituti di Riabilitazione, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di libera scelta.

Le AA.SS.LL. per l'attivazione degli interventi si avvalgono delle prestazioni, qualora ritenute necessarie, rese dai fornitori accreditati (ex Albo fornitori accreditati di prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie, D.G.C. 296/019 del 17 gennaio 2006 e suoi successivi aggiornamenti), consentendo così, nel caso di necessità di prosecuzione dell'intervento in lungoassistenza, la possibilità della continuità delle cure a domicilio tramite lo stesso fornitore, in caso di conferma della scelta da parte del cittadino.

L'esclusiva titolarità sanitaria di tutti gli interventi attivati in queste fasi comportano l'assunzione della totalità degli oneri a carico delle AA.SS.LL.

I servizi sociali territoriali non raccolgono le segnalazioni pervenute impropriamente dai presidi ospedalieri e dalle Strutture di ricovero in regime di lungodegenza e riabilitazione.

Sarà cura delle ASL raggiungere accordi con tutte le strutture interessate per le procedure di segnalazione.

I servizi sociali segnalano, altresì, alla Centrale Operativa Continuità Assistenziale i casi di dimissione problematica di persone ancora ricoverate per le quali la struttura non risulta aver effettuato la segnalazione di sua competenza.

Qualora la C.O.C.A. attivi l'UVG, l'istruttoria sociale è svolta dai Servizi Sociali territorialmente competenti.

Va comunque assicurata la messa in comune degli elementi conoscitivi raccolti.

#### **Articolo 4** **Collaborazione nella lungoassistenza**

La lungoassistenza domiciliare, orientata alla cura dello stato cronico di malattia invalidante, finalizzata al mantenimento e sostegno della autonomia del paziente, disegnata individualmente con l'obiettivo di rallentare il declino delle funzioni e di mantenere o incrementare la partecipazione del paziente, svolgendo un ruolo di cura di significato compensatorio e protesizzante la condizione di non-autosufficienza, è di piena titolarità dei servizi sanitari delle AA.SS.LL. ed altresì è espressione di integrazione socio-sanitaria nella presa in carico del paziente.

Presupposto fondante risulta essere la valutazione integrata socio sanitaria dei pazienti di cui all'articolo 5.a..

In qualità di soggetto titolare, l'ASL - articolata nelle sue diverse Commissioni valutative - riceve le richieste di valutazione direttamente o per tramite del servizio sociale territorialmente competente, ed anche, dal momento del loro avvio, dagli Sportelli Unici territorialmente competenti.

Il progetto, predisposto congiuntamente tra gli enti con il coinvolgimento del soggetto interessato, secondo quanto indicato all'articolo 5, si realizza con le modalità attuative previste dal piano di assistenza individualizzato articolato in:

- prestazioni rese dai fornitori accreditati (ex Albo fornitori accreditati di prestazioni sociali e sociosanitarie e suoi successivi aggiornamenti) → ADEST/OSS, assistente familiare, telesoccorso, tregua, prestazioni di supporto, eventuali altri servizi e prestazioni infermieristiche, assicurate, di norma, dai servizi preposti delle ASL
- interventi per i quali è prevista un'erogazione economica → assistente familiare tramite assegno di cura, affidamenti, cure familiari
- pasti a domicilio o presso locali convenzionati

La duplice valenza sociale e sanitaria di tutti gli interventi attivati in questa fase comporta l'assunzione degli oneri per il 50% a carico ASL e per il 50% a carico del cittadino/Comune.

Rivestono priorità le situazioni connotate da debolezza socioeconomica, correlata al grado di limitazione dell'autonomia personale, secondo i dettami della D.G.R. 51 - 11389 del 23 dicembre

2003, per gli anziani non autosufficienti, quelle rispondenti ai criteri di priorità socio-sanitari individuati a seguito dello specifico percorso di validazione portato a termine nel 2009 dal gruppo di lavoro previsto ed istituito con la D.G.C. del 27.01.2009, per i minori con disabilità quelle caratterizzate da Alta Intensità e Gravità (punto 5. b.3) e per i disabili adulti quelle rispondenti ai criteri di priorità in corso di individuazione a cura del gruppo di lavoro specifico istituito a seguito della D.G.C. del 27.1.2009.

Le prestazioni infermieristiche sono a totale carico delle AA.SS.LL.

Eventuali episodi connotati da maggiore intensità sanitaria non interrompono il piano di erogazione delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza, ma prevedono l'attivazione di specifiche prestazioni sanitarie e socio sanitarie aggiuntive a totale carico e titolarità delle ASL stesse.

## **Articolo 5**

### **Modalità e procedure**

**5.a.** La valutazione dei malati cronici non autosufficienti, anziani o ad essi assimilabili, da avviare ai percorsi di lungassistenza domiciliare è in carico alla UVG, presieduta dal medico specialista della ASL. Nella UVG si integrano funzioni di valutazione sociale esercitate dai Servizi Sociali della Città.

Gli strumenti geriatrici e sociali raccomandati per la valutazione e i raccordi con i MMG sono quelli indicati nella D.G.R. del 10 marzo 2008 n. 42-8390 e già precedentemente adottati dal Comune di Torino e dalla ASL cittadine con D.G.C. del 20 novembre 2007.

**Per le persone con disabilità** nell'ambito del tavolo di lavoro interistituzionale, previsto dal punto 6 della Convenzione tra Città e AA.SS.LL. 1,2,3,4 approvata con D.G.C. mecc. n. 1273/19 del 1 marzo 2005 (R.C.U. n. 5640) e sulla base dell'esperienza operativa dei servizi sociali e sanitari, sono stati definiti i parametri valutativi in ambito sociale e sanitario e la loro ponderazione finalizzati ad individuare le intensità assistenziali attraverso la predisposizione di schede differenziate per minori e adulti con disabilità.

La scheda di Valutazione Multidimensionale per la determinazione delle fasce di Intensità Assistenziale di Minori con Disabilità (Allegato 2) è stata sperimentata nei Servizi Sociali e Sanitari e validata dal Tavolo Cittadino Interistituzionale previsto dalla deliberazione della Giunta Comunale del 13/11/2007 mecc. n.2007 07715/019 con oggetto "Convenzione tra Città e Aziende Sanitarie Locali. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza anni 2008, 2009, 2010".

La Scheda di Valutazione dell'Intensità Assistenziale per la predisposizione di progetti ed interventi domiciliari a favore di persone disabili adulte è stata, da ultimo, modificata e trasmessa ai Servizi Circostrizionali con circolare congiunta Città/AA.SS.LL. datata 14 luglio 2009.

La D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010 ha approvato nuovi strumenti di valutazione denominati "Schede di valutazione multidimensionale per la determinazione delle fasce di intensità assistenziale di minori ed adulti con disabilità non autosufficienti per la predisposizione di Progetti Individuali in cure domiciliari di lungoassistenza", che presentano aspetti molto simili alle schede attualmente in uso.

#### **5.b.1 Malati cronici non autosufficienti, anziani o ad essi assimilabili (U.V.G.):**

Gli accordi per lo sviluppo delle attività declinano il seguente protocollo operativo:

- la ricezione delle richieste di valutazione è condotta da parte dell'UVG ( nel caso in cui l'utente si rivolge al servizio sociale viene indirizzato all'UVG, fatte salve le situazioni che necessitano di procedura d'ufficio nelle quali il Servizio Sociale segnala direttamente);

- la segreteria UVG distribuisce l'informativa sulle modalità dell'istruttoria e consegna la modulistica relativa all'autocertificazione sulla situazione economica (DSE) al richiedente la valutazione;
- nel caso in cui il cittadino non intenda compilare l'autocertificazione relativa alla sua situazione economica o non la consegna entro i 30 giorni previsti, non avrà diritto all'attribuzione del punteggio relativo alla condizione economica e all'integrazione comunale e dovrà sottoscrivere apposita informativa;
- la segreteria dell'UVG fissa la data della seduta, di norma, entro 60 giorni dalla richiesta di valutazione;
- la segreteria dell'UVG predispone la richiesta dell'espletamento della valutazione sociale almeno 45 giorni prima della seduta della commissione, con comunicazione contestuale alla ricezione della domanda;
- gli atti valutativi espletati dall'UVG ed effettuati in piena discrezionalità da parte delle professionalità coinvolte, devono ricondursi agli strumenti di valutazione e alle procedure definite dalla Regione Piemonte in attuazione della DGR 17 - 15226 del 30 marzo 2005, della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 e della D.G.R. 39-11190 del 6 aprile 2009;
- eventuale attivazione da parte del servizio sociale, per le situazioni che presentano criteri di priorità nelle more della valutazione, di un intervento tra quelli previsti per persone autosufficienti;
- compilazione della scheda sociale da parte del servizio sociale comunale per tutti i casi che sono a domicilio, ricoverati nei presidi ospedalieri di ASL o presso presidi sanitari (case di cura e strutture riabilitative);
- per i cittadini già ricoverati in strutture socio-sanitarie che presentano domanda di UVG, per i quali, alla luce dell'esperienza realizzata, la valutazione sociale incide di fatto per i soli aspetti della condizione economica, la segreteria UVG, appurato che il cittadino intenda richiedere un'integrazione della retta alberghiera, consegna la modulistica relativa all'autocertificazione della sua situazione economica (DSE) oppure, in caso di rifiuto alla compilazione, fa sottoscrivere l'apposita informativa di cui sopra;
- la commissione UVG definisce il punteggio per l'ingresso in graduatoria (massimo 14 punti alla valutazione sociale e massimo 14 punti alla valutazione sanitaria), l'ipotesi di progetto, il livello di intensità e individua il comparto titolare del monitoraggio del PAI, indicando, a seconda del bisogno prevalente di ciascun caso e in merito alla necessità, se il referente debba appartenere al comparto sanitario o a quello sociale;
- la commissione UVG individua altresì, sulla base di criteri di appropriatezza e sulla base delle valutazioni effettuate, le prestazioni da inserirsi nel PAI, con particolare riferimento a quelle espletabili dall'operatore OSS, cui va attribuito uno specifico ruolo professionale in relazione a determinati bisogni assistenziali del beneficiario, alla necessità di supporto della sua rete, ove esistente, ed alla complessità del progetto da realizzarsi;
- la commissione UVG, può definire, rispetto a particolari target di utenza (in specifico soggetti affetti da demenze con turbe comportamentali) l'opportunità di un progetto semiresidenziale insieme ad uno domiciliare in piena discrezionalità;
- la commissione UVG, sulla base di tutti i dati socio-sanitari previsti, compresa la definizione del livello di intensità assistenziale domiciliare, individua le situazioni con priorità socio-sanitaria sia risultanti dai criteri di priorità definiti a seguito del percorso di validazione, di cui all'Allegato 3, sia quelle ulteriormente valutate prioritarie dalla commissione stessa, con redazione di specifica annotazione, sottoscritta congiuntamente dai membri UVG, utilizzabile al fine di identificare ulteriori criteri di priorità non ancora previsti;
- l'UVG aggiorna la graduatoria entro il 15 di ogni mese, con la definizione di una data unica di aggiornamento a livello di ogni singola ASL, e la trasmette al detentore del budget;
- Per le situazioni in attesa dell'autorizzazione alla spesa per l'adozione di un PAI non rispondenti a criteri di priorità socio-sanitaria, l'eventuale attivazione di un intervento tra quelli

- previsti come prestazione singola, comporta l'assunzione degli oneri per il 50% a carico ASL e per il 50 % a carico del cittadino/Comune;
- Parimenti, nelle situazioni in attesa dell'autorizzazione alla spesa per l'adozione di un PAI non rispondenti a criteri di priorità socio-sanitaria, rispetto alle quali sono stati attivati interventi di cure domiciliari in post acuzie, può essere valutato, a garanzia della continuità assistenziale, il proseguimento dell'intervento dell'Adest/Oss, secondo le modalità indicate nella delibera del C.C. del 30 novembre 2009 per la specifica prestazione singola, con l'assunzione degli oneri per il 50% a carico ASL e per il 50 % a carico del cittadino/Comune;
  - Il presidente UVG su sua iniziativa o su richiesta del servizio sociale, nelle more della valutazione, mediante scambio di apposita modulistica da conservare agli atti e con impegno alla risposta reciproca entro massimo 7 giorni, può valutare l'attribuzione di priorità e richiedere al detentore del budget l'autorizzazione alla spesa per l'attivazione di uno o più interventi di urgenza con impegno al rimborso al 50% della spesa per gli interventi previsti. Tale procedura viene mantenuta, oltre quanto definito come criteri di priorità, per salvaguardare le situazioni di emergenza per le quali non si è ancora proceduto o non si è ancora concluso l'iter valutativo. La situazione oggetto di PAI d'urgenza viene portata, a valutazione sociale effettuata non oltre 60 giorni dall'avvio dell'intervento, nella prima seduta UVG utile per la verifica ed eventuale conferma della valutazione provvisoria con la procedura corrente;
  - devono essere oggetto di nuova valutazione le situazioni già valutate qualora non sia stato precedentemente definito il livello assistenziale o siano variate le condizioni socio-sanitarie della persona con necessità di eventuale ridefinizione del livello di intensità assistenziale;
  - in caso di cambio di residenza di persona beneficiaria di un Piano Assistenziale Individuale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza procede alla validazione della valutazione precedente e attiva il detentore del budget per la relativa autorizzazione alla spesa, al fine di garantire la continuità assistenziale e poter procedere al rinnovo del PAI;
  - con l'avvio degli Sportelli Unici socio-sanitari, i cittadini potranno rivolgersi indifferentemente allo Sportello dell' ASL o del Servizio Sociale circoscrizionale dove risiede la persona che dovrà essere sottoposta a valutazione. Al momento dell'accoglienza verranno prenotate sia la visita per l'istruttoria sociale (comprensiva dell'eventuale appuntamento con il patronato per la consegna dell'autocertificazione sulla situazione economica del richiedente entro i 30 giorni previsti), sia l'istruttoria sanitaria. Sarà cura degli operatori degli Sportelli Unici consegnare al cittadino l'informativa sulle procedure valutative e la modulistica relativa all'autocertificazione sulla situazione economica del richiedente la valutazione, qualora il cittadino intenda presentarla. Nelle more della creazione di forme ulteriori di interoperabilità dei sistemi informativi, le richieste di valutazione da parte di cittadini già ricoverati in strutture socio-sanitarie e le richieste di rivalutazione potranno essere presentate solamente alle UVG.

### **5.b.2. Persone adulte con profili di funzionamento condizionati da disabilità (U.V.H.)**

Nel rinviare alla procedure previste dalla circolare "Procedure socio sanitarie Unità di Valutazione Handicap" in attuazione della convenzione tra Comune di Torino Aziende Sanitarie Locali Torino 1,2,3,4 per attività socio assistenziali a rilievo sanitario in favore di persone disabili e minori con problematiche relazionali per gli anni 2000-2001-2002, approvata con D.G.C. 26 settembre 2000, si evidenzia e richiama quanto segue:

- ricezione delle richieste di valutazione da parte del Servizio Sociale di base
- acquisizione della documentazione e della Dichiarazione sulla Situazione Economica del richiedente e compilazione della parte sociale della modulistica prevista dalla Circolare citata
- nel caso in cui il cittadino non intenda compilare l'autocertificazione relativa alla sua situazione economica o non la consegna entro i 30 giorni previsti, non avrà diritto all'integrazione comunale
- comunicazione al Co-Presidente Sanitario U.V.H. per la verifica sulla competenza della medesima in relazione alla persona da valutare e per l'individuazione del referente sanitario responsabile della co-progettazione

- l'istruttoria socio-sanitaria deve essere svolta, con il coinvolgimento della persona richiedente o della famiglia/tutore, entro 60 giorni dalla richiesta di valutazione
  - al termine dell'istruttoria l'U.V.H. garantisce l'effettuazione della valutazione
  - l'U.V.H. definisce il livello di intensità e l'ipotesi di progetto ed indica i servizi e gli operatori referenti per la definizione del piano assistenziale individualizzato
  - nelle more della valutazione, mediante scambio di apposita modulistica anche via fax/ mail da conservare agli atti, con impegno alla risposta reciproca entro max 7 giorni, i Co-Presidenti U.V.H. e il responsabile del servizio sociale possono richiedere l'attivazione di uno o più interventi di urgenza, fatte salve le emergenze.
- La situazione oggetto di PAI d'urgenza viene portata, a valutazione sociale effettuata, nella prima seduta UVH utile per la valutazione definitiva con le procedure previste.
- in caso di cambio di residenza di persona beneficiaria di un Piano Assistenziale Individuale l'UVH di nuova residenza provvede alla valutazione del progetto che dovrà comunque avvenire entro 120 giorni, fatto salvo il rispetto della scadenza del PAI qualora risulti antecedente.

Le sedi dei Servizi sociali circoscrizionali, nell'ambito della realizzazione del progetto sullo Sportello Unico Socio-sanitario, fungono da punto di accesso socio - sanitario integrato unico per le persone con disabilità. Presso di essi vanno presentate le istanze di valutazione per l'attivazione dei percorsi socio sanitari.

### **5.b.3 Persone minori con profili di funzionamento condizionati da disabilità (U.V.M.) Procedure, Formulazione dei Progetti, Valutazione e Approvazione**

Si declina nello specifico il seguente percorso:

L'istruttoria sociale e sanitaria preliminare all'invio in U.V.M. è effettuata a seguito di richiesta o autorizzazione agli interventi da parte degli esercenti la potestà o di provvedimento dell'Autorità giudiziaria. La presa in carico congiunta avviene a seguito di segnalazione da parte del comparto sanitario o sociale di riferimento. Qualora il minore sia in carico ad uno solo dei due servizi (Sociale o Sanitario), quello che non ha ancora avviato le procedure per l'eventuale presa in carico dovrà effettuare la parte di istruttoria di sua competenza entro il termine di 90 giorni, fatte salve procedure d'urgenza, dalla segnalazione inviata dal servizio che per primo ha in carico il caso. Di norma la presa in carico è assunta dal Servizio sociale e dal servizio di Neuropsichiatria Infantile. Qualora il minore sia seguito da altro servizio sanitario, l'istruttoria sanitaria è svolta da quest'ultimo o congiuntamente fra i servizi sanitari interessati.

La documentazione istruttoria necessaria consta di:

- 1) Redazione delle relazioni rispettivamente sanitaria e sociale/educativa esaustive degli elementi diagnostici e funzionali relativi alla disabilità e ai disturbi relazionali. Relativamente ai minori dimessi dalle Aziende Ospedaliere si richiamano i principi, strumenti e contenuti di cui alla D.G.R. del 2 febbraio 2009 n.26-669 con oggetto: Cure a domicilio per i soggetti in età evolutiva. Alla relazione sociale deve essere allegata la Dichiarazione sulla Situazione Economica. La proposta progettuale di cui sopra deve inoltre contenere :
  - il dettaglio delle condizioni di bisogni e gravità di cui agli indicatori sotto indicati;
  - l'illustrazione degli interventi già svolti e i loro esiti;
  - gli interventi in corso e che si intendono continuare o attivare da parte dei Servizi contestualmente al progetto presentato, al periodo, ai costi e all'individuazione del soggetto gestore dell'intervento.
- 2) Proposta di livello di intensità attraverso la Scheda di Valutazione Multidimensionale Sociale e Sanitaria (Allegato 2).

I Servizi Sociali e Sanitari competenti inoltrano all'UVM i progetti assistenziali/domiciliari per i minori con disabilità nelle condizioni di cui alla deliberazione della Giunta Comunale del

13/11/2007 n. mecc. 2007 07715/19 con oggetto: Convenzione tra Città di Torino e AA.SS.LL. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'Area dell'Integrazione Socio - Sanitaria. Allegato 1, scheda 1.2.

L'UVM, entro i 30 giorni successivi alla presentazione della Proposta, garantisce l'effettuazione della Valutazione.

L'UVM esamina la documentazione, definisce il livello di intensità e l'ipotesi di progetto proposto, tenendo conto delle esigenze e delle potenzialità evolutive di ciascun soggetto e stende apposito verbale che, a cura della Segreteria della Commissione, verrà inoltrato con la modulistica allegata ai Servizi Sociali e Sanitari proponenti che hanno curato gli atti istruttori, con indicazione dei referenti sanitario e sociale individuati per ogni caso.

Compete ad ogni UVM l'approvazione dei progetti di competenza con indicazione dell'ordine di priorità sulla base dei criteri sotto indicati. I Progetti saranno attivati a seguito di autorizzazione alla spesa da parte degli Uffici sociali e sanitari competenti detentori del budget. Compete inoltre ad ogni UVM la tenuta dell'elenco delle progettualità approvate e non attivate.

Di ogni progetto valutato dall'UVM deve essere definita la durata, comunque non superiore a 12 mesi dalla sua approvazione e indicata la possibilità di rinnovo. Nel verbale deve essere indicata la data entro la quale rivalutare il progetto, che potrà essere riformulato, riconfermato oppure chiuso. Qualora l'UVM non vi provveda entro la data indicata nel verbale rimane in vigore il progetto in atto con i relativi interventi.

Per i minori valutati dall'UVM prossimi alla maggiore età, gli operatori sociali e sanitari che hanno in carico il caso devono presentare alla Commissione UVM/H gli atti istruttori almeno un anno prima e il Progetto almeno sei mesi prima del compimento del diciottesimo anno di età, al fine di garantire la continuità assistenziale mediante il passaggio a Servizi per l'età adulta.

### **Priorità**

Sono prioritarie tutte le situazioni definite in Alta Intensità e quelle oggetto di provvedimenti delle Autorità Giudiziarie Minorili di sostegno al minore con disabilità e al nucleo familiare in situazioni di grave pregiudizio.

Per le situazioni definite a Medio Alta, Media e Bassa Intensità si individua quale indicatore per l'ordine di priorità la necessità dell'intervento domiciliare/assistenziale per rendere possibili dimissioni dalle strutture residenziali o ospedaliere oppure per evitare inserimenti in strutture residenziali sociali o socio sanitarie relativamente alle seguenti situazioni in condizione di assenza di rete familiare o famiglia fragile o complessità assistenziale:

- emergenze/urgenze psichiatriche (ad es: tentativi anticonservativi da parte di minori);
- disabilità grave o gravissima ad alta componente sanitaria e sociale che richiede interventi sanitari e assistenziali continuativi (dipendenza da tecnologie, PEG, aspirazione...);
- aggravamento e/o variazione di condizioni e bisogni assistenziali in situazioni di disabilità grave (compresi i disturbi relazionali) già in carico ai Servizi Sociali e Sanitari;
- presenza di disturbi pervasivi dello sviluppo.

In presenza di situazioni simili relativamente alle condizioni di cui sopra prevale il livello/punteggio di intensità assistenziale/sanitaria attribuito al minore disabile dalla Scheda di Valutazione Multidimensionale Sociale e Sanitaria (Allegato 2).

In subordine alle priorità di cui sopra è considerata la data di presentazione del Progetto all'UVM, secondo un ordine temporale.

Le procedure di valutazione e approvazione dei Progetti nonché i criteri di priorità di cui al presente punto si applicano anche, per quanto compatibili, per i Sostegni Educativi di cui alla deliberazione della Giunta Comunale del 29 /12/ 2008 mecc. n. 2008 – 09 393/19 Allegati 2 e 3.

Per i minori già valutati dall'UVM, in caso di urgenza, è possibile, da parte del Comune di concerto con i servizi di Neuropsichiatria Infantile competenti, attivare nuovi interventi o aumentare il livello di intensità definito e, quindi, il massimale di spesa con contestuale comunicazione all'UVM competente per l'esame del caso nella prima seduta calendarizzata. La spesa è a carico dell'ASL di competenza e del cittadino/Comune dall'inizio dell'intervento.

Per i casi non valutati dall'UVM che rivestono carattere di urgenza è possibile l'attivazione dell'intervento da parte del Comune per i casi in carico allo stesso con contestuale comunicazione al Servizio di Neuropsichiatria Infantile e all'UVM competente per l'esame, possibilmente nella prima seduta calendarizzata. In questo caso gli interventi attivati e il massimale di spesa prima della valutazione UVM sono quelli previsti per i minori "a rischio educativo". All'esito della valutazione, qualora il soggetto risulti di competenza sanitaria, l'ASL partecipa alla spesa dalla data di decorrenza del PAI.

In caso di cambio di residenza di persona beneficiaria di un Piano Assistenziale Individuale l'UVM di nuova residenza provvede alla rivalutazione del progetto, fermo restando che nei casi di trasferimento di residenza della persona, all'interno del territorio cittadino, con contestuale cambio di ASL di afferenza, l'ASL che ha attivato il PAI annuale continuerà a pagare il fornitore fino alla scadenza del medesimo.

## **Articolo 6**

### **Procedure e formulazione dei piani individualizzati in lungoassistenza**

#### **6.a. Procedure per persone anziane non autosufficienti valutate UVG**

La procedura per l'attivazione delle prestazioni domiciliari in favore dei malati cronici non autosufficienti anziani o ad essi assimilati prevede che:

- La commissione UVG, al fine di evidenziare le situazioni prioritarie per le quali richiedere l'autorizzazione alla spesa per la formulazione del PAI, utilizza lo specifico strumento operativo funzionale all'applicazione dei criteri stessi e individuato congiuntamente dalla Città e dalle ASL torinesi;
- All'esito di ogni seduta le segreterie UVG comunicano per iscritto al detentore del budget per la registrazione della spesa e ai servizi sociali competenti per territorio per la formulazione del PAI le situazioni identificate come prioritarie;
- Per le situazioni dove non sussistano elementi di priorità, l'UVG trasmetterà al detentore del budget la graduatoria mensilmente aggiornata, affinché venga valutata la possibilità di autorizzare, in base ai fondi disponibili, ulteriori proposte di PAI;
- Il detentore del budget comunicherà per iscritto ai Servizi competenti (Servizi Sociali e personale infermieristico) i nominativi dei cittadini ulteriormente individuati affinché venga formulata, attraverso la convocazione del beneficiario/famiglia, la proposta di PAI (pre- PAI) per ogni specifico caso;
- La proposta di PAI, riportante le quote di competenza dell'ASL e del cittadino/Comune, sottoscritta dai referenti dei Servizi Sociali e Sanitari, dal cittadino o suo familiare e dal fornitore, laddove presente, dovrà essere inviata al detentore del budget della ASL di riferimento per la specifica autorizzazione alla spesa;
- Il detentore del budget, per i casi per i quali sarà possibile attivare gli interventi, comunicherà l'autorizzazione al cittadino, al Servizio Sociale e alla segreteria UVG;

- Dall'autorizzazione alla spesa da parte del detentore del budget decorrono i 60 giorni previsti per l'attivazione delle prestazioni inserite nel PAI. I servizi, pertanto, dovranno riconvocare, al massimo entro 30 giorni dall'autorizzazione suddetta, il cittadino o suo familiare e il fornitore, laddove presente, per l'accettazione e/o sottoscrizione definitiva del PAI;
- Il detentore del budget comunicherà al Medico di Medicina Generale i casi autorizzati per i quali viene attivato un PAI;
- Il Dirigente della Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie competente per tipologia di utenza approva la proposta di PAI entro 30 giorni dalla sua definitiva sottoscrizione e contestualmente emette il buono servizio relativo alle prestazioni socio-sanitarie (assistenza domiciliare, assistenza familiare, telesoccorso ecc.), attiva i trasferimenti economici eventualmente previsti (per affidamenti familiari, cure familiari, assegni di cura) e i pasti, se presenti;
- Qualora la persona e/o i suoi familiari non aderiscano al piano assistenziale individualizzato proposto, laddove sussista un rischio d'abbandono e risulti utile un approfondimento della situazione per valutare la necessità o meno di avviare una segnalazione all'Autorità Giudiziaria, gli operatori addetti alla predisposizione del PAI concordano l'attivazione di un Progetto di Osservazione Individualizzato (POI) della durata massima di quattro mesi definendo gli operatori pubblici da coinvolgere, appartenenti al comparto sanitario o a quello sociale o ad entrambi, a seconda delle problematiche del caso.

#### **6.b. Procedure per persone disabili valutate UVH**

La procedura per l'attivazione delle prestazioni domiciliari in favore di persone con disabilità adulte prevede che:

- i servizi sociali e sanitari individuati dalle Unità Valutative, ricevuta da parte dei responsabili del budget sanitario e sociale (Divisione Servizi Sociali e rapporti con le Aziende Sanitarie) l'indicazione che l'intervento è attivabile, procedono alla convocazione del cittadino e poi, una volta che questi ha scelto il fornitore, del fornitore per la definizione della proposta di PAI. Tali attività si svolgono presso la sede del servizio sociale di residenza dell'interessato e dotato del sistema informativo per la gestione degli interventi
- la proposta di PAI viene sottoscritta dai referenti dei servizi sociali e sanitari, dal cittadino o chi per lui e dal fornitore e riporta le quote di competenza dell'ASL e del cittadino/Comune
- il Dirigente del Settore Disabili della Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie approva la proposta di PAI entro 30 giorni dalla sua sottoscrizione e contestualmente emette il buono servizio relativo alle prestazioni socio-sanitarie (assistenza domiciliare, assistenza familiare, telesoccorso ecc.), attiva i trasferimenti economici eventualmente previsti (per affidamenti familiari, cure familiari, assegni di cura), dandone comunicazione all'interessato e all'ASL
- il Dirigente competente dell'ASL approva entro 30 giorni la previsione delle prestazioni sanitarie (ad esempio assistenza infermieristica) eventualmente previste nella proposta di PAI e contestualmente emette il relativo buono servizio dandone comunicazione al cittadino e al Comune
- Qualora il valore effettivo del PAI, in relazione alle condizioni ed ai bisogni rappresentati dalla persona con disabilità, alla sua scadenza non subisca variazioni, il progetto al fine del rinnovo non viene ripresentato alla Commissione UVH per la valutazione, ma è sufficiente inviare alla Commissione una relazione di aggiornamento e provvedere alla sottoscrizione del nuovo PAI da approvare nelle forme sopra richiamate. Ogni volta venga richiesta dall'interessato una variazione del valore effettivo del PAI o una rivalutazione dell'intensità assistenziale la decisione andrà sottoposta alla Commissione UVH

- Qualora la persona e/o i suoi familiari non aderiscano al piano assistenziale individualizzato proposto, laddove sussista un rischio d'abbandono e risulti utile un approfondimento della situazione per valutare la necessità o meno di avviare una segnalazione all'Autorità Giudiziaria, gli operatori addetti alla predisposizione del PAI concordano l'attivazione di un Progetto di Osservazione Individualizzato (POI) della durata massima di quattro mesi definendo gli operatori pubblici da coinvolgere, appartenenti al comparto sanitario o a quello sociale o ad entrambi, a seconda delle problematiche del caso;

La D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010 prevede che nella gestione della lista di attesa, oltre ai punteggi derivati dalla valutazione attuata mediante le schede allegate alla deliberazione, è necessario tenere conto dell'aspetto temporale e dell'urgenza per l'attivazione delle prestazioni.

Considerato che già la deliberazione del Consiglio Comunale del 26 settembre 2005 prevedeva che l'Accordo di programma Città/AA.SS.LL. poteva definire le modalità organizzative per la gestione delle eventuali liste d'attesa e preso atto delle indicazioni fornite dalla D.G.C. del 27 gennaio 2009 n. 342/019, nel 2009 è stato istituito un apposito gruppo di lavoro costituito da funzionari della Città e delle AA.SS.LL. che ha già definito criteri di priorità utili per determinare l'ordine di attivazione delle prestazioni in presenza di risorse insufficienti.

Sono stati individuati elementi, non ancora esaustivi, che determinano una priorità riconducibile all'urgenza di intervento richiamata dalla norma regionale:

- disabili non autonomi esposti all'abbandono o in situazione di grave rischio:
  - soli senza rete di supporto
  - conviventi con genitore/i anziani e/o altri familiari che necessitano di ricovero ospedaliero (o altre esigenze che ne comportano l'allontanamento) e senza rete di supporto
- disabili non autonomi in nucleo ad alta conflittualità familiare con fenomeni espulsivi del disabile
- attuazione di provvedimenti urgenti dell'Autorità Giudiziaria
- segnalazioni da incaricati di Pubblica Sicurezza per situazioni di rischio
- sfratti esecutivi (max 7 gg all'esecuzione) o già eseguiti
- dimissioni da strutture sanitarie, soprattutto nel caso di reiterazione dei ricoveri in strutture per acuzie o post/acuzie

Al gruppo di lavoro Città/AA.SS.LL. si conferma l'incarico di proseguire nel percorso di identificazione e validazione dei criteri di priorità fondati sulla debolezza socio-economica, correlata al grado di limitazione dell'autonomia personale, come previsto dalla D.G.R. 51 – 11389 del 23 dicembre 2003 e come desumibile dagli elementi contenuti negli strumenti di valutazione approvati dalla D.G.R. n. 56/10.

Qualora il trend dell'utenza dovesse comportare una spesa superiore alle risorse disponibili, con decisione formalizzata in protocollo di intesa tra la Città e le AA.SS.LL., dovrà essere attivata una graduatoria, gestita dalle segreterie delle U.V.H., per definire l'ordine di attivazione delle prestazioni.

La relativa procedura sarà oggetto di apposita circolare concordata tra le AA.SS.LL. e la Città e potrà modificare quanto previsto nel presente punto e nel punto 5.b.2.

### **6.c Procedure per attivazioni di prestazioni ad esclusiva titolarità sanitaria**

E' facoltà delle AA.SS.LL. avvalersi direttamente delle prestazioni rese dai fornitori accreditati ex Albo fornitori accreditati di prestazioni sociali, sociosanitarie e sanitarie e suoi successivi aggiornamenti per quanto riguarda l'attivazione di interventi domiciliari in favore di persone in carico a qualsivoglia servizio territoriale delle AA.SS.LL. stesse ad esclusiva titolarità sanitaria.

Laddove il progetto individualizzato possa compiutamente realizzarsi con l'erogazione di pasti a domicilio, il Comune di Torino, in forza del contratto in essere sino al 29/02/2012 e, successivamente, secondo modalità da definirsi tra gli enti, mette a disposizione il servizio di consegna pasti a domicilio. Tale intervento potrà essere quindi richiesto dalle AA.SS.LL. alla Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie - Ufficio Domiciliarità del Settore Famiglia, per gli interventi a favore di anziani, o Ufficio Domiciliarità del Settore Disabili, per gli interventi a favore dei disabili, attraverso la modulistica in uso, previo formale impegno all'assunzione complessiva della spesa con rimborso totale del costo della fornitura, rendicontata annualmente sulla base dei pasti effettivamente fruiti.

La possibilità di avvalersi delle sopra citate prestazioni da parte delle ASL fa riferimento alla multiproblematicità di alcune categorie di utenza (per es. soggetti psichiatrici, malati oncologici in fase terminale..) che, per tale specificità, possono transitare in fasi assistenziali differenti.

## **Articolo 7 Monitoraggio PAI**

Al fine di poter meglio rilevare l'efficacia di ciò che è stato avviato e l'adeguatezza degli interventi messi in atto sia in termini qualitativi che quantitativi e in ottemperanza a quanto previsto nella D.G.R. 39/2009, il comparto titolare del monitoraggio del PAI, individuato dalla commissione competente, come descritto nell'art. 5.b.1, verifica, di norma quadrimestralmente, la rispondenza degli interventi avviati o l'eventuale necessità di una ridefinizione degli interventi o di una rivalutazione complessiva della situazione e del progetto in essere.

Si dovranno pertanto predisporre e definire congiuntamente metodologie e strumenti per l'attuazione del monitoraggio stesso anche in accordo con i MMG .

## **Articolo 8 Monitoraggio del Sistema**

Le Aziende Sanitarie To1 e To2 e la Città di Torino si impegnano a costruire congiuntamente un più adeguato sistema di monitoraggio sui temi della non autosufficienza e della lungoassistenza, allo scopo di migliorare le informazioni disponibili per:

- a) conoscere la domanda di interventi sociosanitari e stimarne le previsioni;
- b) monitorare l'offerta di interventi sociosanitari, le sue conseguenze sull'evoluzione della domanda e la sua efficacia;
- c) Produrre sistematicamente i dati fondamentali per il governo del sistema di offerte sociosanitarie (trend di spesa, di utenza, tempi di attesa ed erogazione, etc.).

A questo fine le Aziende Sanitarie ed il Comune :

- 1) Definiranno congiuntamente un set di indicatori relativi a standard quantitativi e qualitativi ed una reportistica da produrre periodicamente, come strumentazione informativa di base. Saranno altresì evidenziate, compatibilmente con le possibilità di realizzazione, ulteriori specifiche esigenze informative, di natura epidemiologica e gestionale, da gestire con iniziative ad hoc.
- 2) Daranno corso alla progressiva costruzione di interazioni e forme di interoperabilità dei propri sistemi informativi dedicati agli interventi sociosanitari, anche nell'ambito delle iniziative regionali a questo fine.

Le Aziende Sanitarie ed il Comune si impegnano altresì ad attivare sviluppi interni ai propri sistemi informativi dedicati a interventi sociosanitari previa analisi congiunta finalizzata ad evitare incoerenze con la strategia sopra descritta.

In riferimento alla mozione n. 70 del 30 novembre 2009 collegata alla deliberazione del Consiglio Comunale del 30 novembre 2009 n. 197, che impegna il Sindaco e la Giunta a definire una verifica integrata del sistema delle prestazioni domiciliari attraverso diverse azioni congiunte a ciò dedicate, le Aziende Sanitarie ed il Comune definiranno più puntualmente modalità e responsabilità per il monitoraggio dei PAI, secondo quanto precisato all'art.7 del presente atto e promuoveranno una ricerca/azione che, attraverso il monitoraggio e lo studio di un congruo numero di casi concreti, sia in grado di individuare, sulla base di un'analisi qualitativa e mirata, le criticità specifiche delle differenti "casistiche" e tipologie di intervento (assistenza domiciliare, cure familiari, affidamento) e sia in grado di proporre gli opportuni correttivi nel contesto della prossima verifica della deliberazione prevista entro un anno dalla sua applicazione.

### **Articolo 9**

#### **Modalità di attuazione della D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010**

Le Aziende Sanitarie ASL TO1 ed ASL TO2 ed il Comune di Torino in attuazione della D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010 convengono in specifico di:

a. Rinviare alle deliberazioni del Consiglio Comunale del 26 settembre 2005 e del 30 novembre 2009 n. 197, nonché al presente accordo di programma in relazione ai seguenti punti:

- obiettivi comuni,
- metodologia, risorse umane e strumenti organizzativi integrati per la predisposizione dei PI,
- soggetti coinvolti,
- destinatari ossia persone con disabilità non autosufficienti di età inferiore a 65 anni,
- modalità e luogo di presentazione delle istanze,
- servizi ed interventi previsti,
- monitoraggio dei PAI,
- modalità di erogazione del contributo economico,
- definizione della modalità e della tempistica di programmazione dell'adeguamento di contributi economici già in essere con compartecipazione sociale e sanitaria, corrisposti con criteri diversi dalla DGR 56/10
- tempistica di attivazione

b. Con particolare riferimento al punto "definizione della modalità e della tempistica di programmazione dell'adeguamento di contributi economici già in essere con compartecipazione sociale e sanitaria, corrisposti con criteri diversi dalla DGR 56/10", adottare le ulteriori scelte per il recepimento della D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010 con un provvedimento del Consiglio Comunale da emanare entro il 30 novembre 2010.

c. Attuare la consultazione del Gruppo Misto Partecipato previsto dalla D.G.C. n. 6283/019 del 5 agosto 2003 in relazione ai contenuti della Deliberazione del Consiglio Comunale di cui al punto precedente.

d. Ai sensi del punto 10 del dispositivo della D.G.R. n. 56/10 confermare che l'ente capofila per la ricezione del finanziamento di cui all'articolo successivo è la Città di Torino, già individuata dalla D.D. n. 409 del 27.7.2009 nell'ambito applicativo degli accordi stipulati ai sensi della D.G.R. n. 39-11190 del 6.4.2009, anche in relazione al ruolo centrale svolto dagli uffici amministrativi della Divisione Servizi Sociali nell'attivazione delle prestazioni.

e. Relativamente al punto "tempistica di attivazione" degli interventi, preso atto che, "nei casi di potenziale esaurimento delle risorse a disposizione degli Enti capofila, i richiedenti dovranno

comunque essere soggetti a valutazione da parte dell'UVM/UVH ed eventualmente dovranno essere inseriti in graduatorie allo scopo predisposte"; prevedere che l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie venga attivata contestualmente entro 60 gg. dalla definizione del progetto da parte delle Unità Valutative Handicap e dalla relativa autorizzazione alla spesa.

f. Prevedere che, qualora in esito all'utilizzo dei nuovi strumenti di valutazione e relativi punteggi correlati alle intensità assistenziali, approvati dalla DGR 56/10, al destinatario dell'intervento derivasse un trattamento sfavorevole, il cittadino può conservare l'importo del PAI precedentemente approvato. Confermare che in tale ipotesi gli oneri per l'attivazione degli interventi sono assunti per il 50% a carico ASL e per il 50% a carico del cittadino/Comune, comunque entro i massimali definiti dal citato provvedimento regionale.

## **Articolo 10** **Previsioni finanziarie**

### **10.a.1. Persone anziane:**

La base di riferimento per l'anno 2010 si individua nella spesa afferente a ogni singola ASL ed al Comune, riferita all'anno 2009 maggiorata della quota di maggior finanziamento relativo al Fondo delle Non Autosufficienze

ASLTO 1	ASLTO 2	Comune
€ 14.000.000,00	€ 14.000.000,00	€ 22.000.000

### **10.b.1 Adulti con disabilità**

La spesa per l'anno 2010 per le prestazioni domiciliari a favore delle persone con disabilità costituisce quota parte della previsione di cui al punto I.1 della convenzione in essere (DGC 13 novembre 2007), incrementata secondo quanto previsto alla lettera I.2

Il Comune di Torino, sulla base degli interventi autorizzati dalle Aziende Sanitarie, ha provveduto ad anticipare somme superiori a quelle stimate al punto J della citata convenzione Città/AA.SS.LL. vigente, in attuazione dell'Accordo di programma del 17 febbraio 2006

### **10.b.2**

Per quanto riguarda gli anni successivi la previsione finanziaria di cui al comma 9.b.1 verrà definita nella nuova convenzione che verrà stipulata tra il Comune di Torino e le AA.SS.LL con riferimento all'area dell'integrazione socio sanitaria.

Ciascun ente assume in proprio la responsabilità economica e finanziaria in ordine a eventuali interventi attivati eccedenti le previsioni finanziarie di cui al presente articolo.

Eventuali finanziamenti regionali vincolati saranno oggetto di successivi accordi tra le parti.

### **10.c.1. Minori con disabilità**

La base di riferimento per l'anno 2010 relativa alla domiciliarità è la spesa nello specifico autorizzata dell'anno 2009, fatti salvi eventuali ulteriori incrementi a seguito di specifici finanziamenti regionali, articolata per ciascuna ASL e all'interno della stessa per UVM. Trimestralmente a cura dei Dirigenti della Divisione Servizi Sociali e di quelli Sanitari responsabili del Budget si procede al monitoraggio complessivo della spesa di cui alla vigente Convenzione (deliberazione G.C. del 13 novembre 2007 mecc. n. 2007 07715/19).

Per quanto riguarda gli anni successivi la previsione finanziaria di cui al presente comma verrà definita nella nuova convenzione che sarà stipulata tra il Comune di Torino e le AA.SS.LL con riferimento all'area dell'integrazione socio sanitaria.

Le spese derivanti dall'esecuzione di provvedimenti delle Autorità Giudiziarie Minorili devono comunque essere autorizzate attraverso il reperimento di risorse aggiuntive, qualora non siano sufficienti quelle assegnate.

Ciascun Ente assume in proprio la responsabilità economica e finanziaria in ordine a eventuali interventi attivati eccedenti le previsioni finanziarie di cui al presente articolo.

Eventuali finanziamenti regionali vincolati saranno oggetto di successivi accordi tra le parti.

#### **10.d**

Si prevede che le risorse di cui ai punti 10.b.1 e 10.c.1 vengano integrate, in attuazione dei criteri approvati con la D.G.R. n. 56-13332 del 15 febbraio 2010, dal finanziamento che verrà con successivi provvedimenti dirigenziali regionali ripartito per i distretti della Città di Torino e attribuita all'Ente capofila.

### **Articolo 11 Modalità di pagamento**

In attuazione di quanto previsto al paragrafo "Le parti convengono e stipulano quanto segue" punto 2. della convenzione in essere (DGC 1 marzo 2005, RCU al n. 5640), si regolamentano le modalità di pagamento come sotto indicato.

Il Comune eroga i trasferimenti economici (assegni di cura, affidamenti, cure familiari) e i pasti a domicilio previsti nei PAI approvati per la quota parte di propria competenza e, a titolo di anticipazione, la quota di competenza ASL.

Le AA.SS.LL. liquidano i fornitori accreditati ai sensi della DGC 17 gennaio 2006- Sezione C Albo fornitori accreditati di prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali e sue successive modifiche nel limite dei buoni servizio (ADEST, OSS, assistente familiare, telesoccorso ecc.) emessi sulla base dei PAI approvati, sia per la quota parte di propria competenza, sia di competenza del Comune, sia, a titolo di anticipazione, di competenza di un'altra ASL cittadina in caso di trasferimento di residenza in corso di PAI annuale (infatti nei casi di trasferimento della residenza della persona all'interno del territorio cittadino, con contestuale cambio di ASL di afferenza, l'ASL che ha attivato il PAI annuale continuerà a pagare il fornitore fino alla scadenza del medesimo).

La liquidazione delle spettanze ai fornitori sarà regolata e controllata, attraverso una nuova procedura informatizzata che prevederà una gestione congiunta tra la Città di Torino e le AA.SS.LL. sia dell'iter procedurale di lavorazione del buono servizio che della relativa rendicontazione.

Tale procedura si svilupperà attraverso movimenti informatizzati in ambiente web e pertanto coinvolgerà tutti i soggetti interessati all'erogazione e alla rendicontazione dei Buoni Servizio.

Le AA.SS.LL. emettono e liquidano direttamente i buoni servizio relativi alle prestazioni infermieristiche e alle prestazioni di cui all'articolo 3 e all'articolo 6.a..

A seguito del conto consuntivo della spesa derivante dal presente accordo, le AASSLL e il Comune di Torino provvedono alla rendicontazione delle quote erogate, specificando quanto anticipato per conto dell'altro ente da rimborsare annualmente, scontando le quote afferenti al fondo nazionale delle non autosufficienze introitato dal Comune di Torino in quanto ente capofila; analoga procedura è adottata dalle AA.SS.LL. per le eventuali anticipazioni delle quote sanitarie relative a cambi di residenza in corso di PAI.

### **Articolo 12 Collegio di vigilanza**

Ai sensi dell'art. 34, comma 7, del D.Lgs. n. 267/2000, la vigilanza e il controllo sull'esecuzione del presente Accordo di Programma sono esercitati da un collegio presieduto dall'Assessore alla Famiglia e ai Servizi Sociali della Città di Torino e composto dai Direttori Generali delle

AASSLLTO 1, 2 o loro delegati, dal Direttore della Divisione Servizi Sociali e Rapporti con le Aziende Sanitarie, dal Dirigente Coordinatore Organizzazione Servizi al Pubblico, dal Dirigente Coordinatore Politiche Socio Sanitarie o loro delegati.

Il Collegio di vigilanza, in particolare:

- a) vigila sulla tempestiva e corretta attuazione dell'Accordo di Programma;
- b) individua gli ostacoli di fatto e di diritto che si frappongono all'attuazione dell'Accordo di Programma, proponendo le soluzioni idonee alla loro rimozione;
- c) dirime in via bonaria le controversie che dovessero insorgere tra le parti in ordine all'interpretazione e all'attuazione del presente Accordo di Programma;
- d) propone l'adozione di provvedimenti di proroga al termine di durata dell'Accordo di Programma;
- e) individua eventuali inadempienze da parte di uno dei sottoscrittori, le contesta e, in caso di persistenza delle medesime, definisce le modalità di surroga opportune.

Per lo svolgimento dei compiti sopra elencati, il Collegio può acquisire documenti ed informazioni ed effettuare sopralluoghi e accertamenti presso i soggetti stipulanti l'accordo, può convocare i rappresentanti, può disporre ispezioni ed accertamenti anche peritali.

### **Articolo 13** **Responsabile del procedimento**

E' individuato quale responsabile del procedimento il Dirigente Coordinatore Politiche Sociali con i seguenti compiti:

- mantiene gli opportuni raccordi con i responsabili delle strutture tecniche degli enti partecipanti all'accordo, ponendo in essere ogni attività utile ai fini del coordinamento delle azioni;
- valuta di concerto con i responsabili di cui al comma precedente gli aspetti da segnalare al Collegio di Vigilanza relativi a eventuali difficoltà e problemi inerenti l'attuazione dell'accordo;
- riferisce periodicamente al Collegio di Vigilanza sullo stato di attuazione dell'accordo.

### **Articolo 14** **Vincolatività dell'accordo**

1. I soggetti che hanno stipulato l'Accordo hanno l'obbligo di rispettarlo in ogni sua parte e non possono compiere validamente atti successivi che lo violino o lo ostacolino e/o che siano in contrasto con esso; in caso di inadempienze, possono essere surrogati nelle proprie funzioni di cui al presente accordo secondo quanto previsto all'articolo 9.
2. Gli stessi soggetti sono inoltre tenuti a compiere gli atti applicativi e attuativi dell'accordo stesso, stante l'efficacia contrattuale del medesimo.
3. Eventuali modifiche non sostanziali apportate con il consenso unanime degli enti che lo hanno sottoscritto che si dovessero rendere necessarie in fase di attuazione, potranno essere apportate senza che ciò determini modifica del presente accordo.
4. Ulteriori specificazioni applicative del presente accordo di programma sono assunte con protocolli di intesa a livello dirigenziale tra Comune e AA.SS.LL. cittadine.

## **Articolo 15**

### **Approvazione**

Ai sensi dell'art. 34, comma 4, del D.Lgs. 18.08.2000 n. 267 e in attuazione della DCC del 30 novembre 2009, l'Accordo di Programma è approvato con deliberazione della Giunta Comunale e con atti dei Direttori Generali delle AASSLLTO 1, 2 e pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.

## **Articolo 16**

### **Durata**

La durata è stabilita in anni tre.

Entro diciotto mesi dalla sottoscrizione del presente Accordo, il Collegio di vigilanza verificherà lo stato di attuazione dello stesso.

## **Articolo 17**

### **Controversie**

Ogni controversia derivante dall'esecuzione del presente Accordo di Programma, che non venga definita bonariamente dal Collegio di Vigilanza ai sensi del precedente articolo, sarà devoluta ad un collegio arbitrale. In tal caso, ciascuna parte designa un arbitro; gli arbitri così nominati designano a loro volta un altro arbitro, che presiederà il Collegio arbitrale. Il Collegio giudicherà la questione entro trenta giorni dall'avvio dell'esame.

In tema di arbitrato si applicano le disposizioni di cui agli articoli 806 e seguenti del Codice di Procedura Civile.

Per ogni controversia è competente il Foro di Torino.

Torino, li 28 maggio 2010

Letto, approvato e sottoscritto

### **Aziende Sanitarie Torinesi**

Il Direttore Generale ASLTO 1  
Ferruccio Massa  
*Firmato in originale*

Il Direttore Generale ASLTO 2  
Giulio Fornero  
*Firmato in originale*

### **Città di Torino**

L'Assessore alla Famiglia e ai Servizi Sociali  
Marco Borgione  
*Firmato in originale*

**VERBALE DELLA CONFERENZA PREVISTA DAL 3° COMMA DELL'ART. 34  
DEL D.Lgs. n. 267 del 18 agosto 2000**

**OGGETTO: ACCORDO DI PROGRAMMA TRA LE AZIENDE SANITARIE LOCALI TORINESI N. 1, 2 E LA CITTA' DI TORINO finalizzato alla disciplina dell'esercizio delle prestazioni sanitarie e delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", alla D.G.R. n. 51-11389 del 23 dicembre 2003 e alla D.G.R. n. 39-1190 del 6 aprile 2009 con riferimento all'articolazione delle cure domiciliari e alle D.C.C. n. 140 del 26 settembre 2005 e n. 197 del 30 novembre 2009 di riordino delle prestazioni domiciliari sociali e socio sanitarie.**

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 5 della direttiva della Giunta Regionale del Piemonte relativa al procedimento amministrativo sugli Accordi di Programma, si riuniscono i soggetti coinvolti per la conferenza prevista dal 3° comma dell'art. 34 del D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 267, al fine di verificare preliminarmente il contenuto dell'accordo stesso.

Sono presenti i Signori:

- Marco Borgione, Assessore alla Famiglia e ai Servizi Sociali, Città di Torino
- Ferruccio Massa, Direttore Generale ASLTO 1
- Giulio Fornero, Direttore Generale ASLTO 2
- Monica Lo Cascio, Direttore Divisione Servizi Sociali e Rapporti con ASR, Città di Torino

I convenuti hanno espresso il proprio consenso unanime sulla bozza di Accordo elaborata congiuntamente, in attuazione della D.C.C. del 26 settembre 2005 e della D.C.C. del 30 novembre 2009 e in applicazione della normativa nazionale e regionale in materia.

Torino, lì 31 marzo 2010

Letto, confermato e sottoscritto

**Aziende Sanitarie Torinesi**

Il Direttore Generale ASLTO 1  
Ferruccio Massa

Il Direttore Generale ASLTO 2  
Giulio Fornero

**Città di Torino**

L'Assessore alla Famiglia e ai Servizi Sociali  
Marco Borgione

Il Direttore  
Divisione Servizi Sociali e Rapporti con ASR  
Monica Lo Cascio

# Scheda di Valutazione Multidimensionale

per la determinazione delle fasce di Intensità Assistenziale di Minori con  
Disabilità

A cura dell'Unità di Valutazione \_\_\_\_\_

Data ricevimento \_\_/\_\_/\_\_

UNITÀ DI VALUTAZIONE \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_

## SCHEDA ANAGRAFICA INFORMATIVA

Cognome

Nome

Nato/a a

il

residente a

via

recapito telefonico

piano dello stabile .....

numero vani.....

ascensore

Sì

No

stato civile

Codice Fiscale

titolo di studio

attività lavorativa pregressa

attività lavorativa in svolgimento

Medico di Medicina Generale

Sì  No

Sì  No

Persona con handicap grave (ex art.3  
L.104/92)

Sì  No

Domanda in corso  
dal.....

invalidità civile

Sì  percentuale .....

No

domanda in corso dal .....

indennità di Accompagnamento

No

Sì

dal.....

Domanda in corso

dal.....

Esiste un:

tutore

curatore

amministr. di sostegno

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ rec. tel. \_\_\_\_\_

La domanda è presentata in data ..... / ..... / .....

da diretto interessato

familiari

altri

procedura d'ufficio

I dati e le informazioni sono stati forniti da

Cognome

Nome

indirizzo

rec. tel.

Persona di riferimento (se diversa da chi ha fornito le informazioni)

Cognome

Nome

indirizzo

rec. tel.

Luogo di valutazione della persona da parte dell'UVM	Data e luogo previsti per la valutazione	Data e luogo in cui è stata effettuata
Domicilio		
Struttura residenziale		
Reparto ospedaliero		
Lungo degenza		
Sede UVM		
Altro: indicare quale		

# 1. SCHEDA DI VALUTAZIONE SOCIALE

## A. CONDIZIONI ABITATIVE

<i>Tipologia</i>		punti	
<b>Alloggio con barriere architettoniche non superabili con ausili</b>		Minori 0-5	<b>1</b>
		Minori 6-17	<b>2</b>
<hr/>			
<b>Accessibilità ai servizi (difficoltà a raggiungere negozi, Servizi Sociali, ecc.)</b>	Accessibile	<b>0</b>	
	Parzialmente accessibile	<b>1</b>	
	Non accessibile	<b>2</b>	
<hr/>			
<b>Rischio di perdere alloggio</b>	Nessun rischio	<b>0</b>	
	Rischio reale	<b>1</b>	
	Rischio immediato	<b>2</b>	
<hr/>			
<b>Condizioni igieniche</b>	Buone	<b>0</b>	
	Scadenti	<b>1</b>	
	Pessime	<b>2</b>	
<hr/>			
<b>Stato dell'abitazione</b>	Adeguate	<b>0</b>	
	Poco adeguate	<b>1</b>	
	Gravemente deteriorata	<b>2</b>	
<b>Totale punteggio</b>			
DA /A	Punti		
<b>1 a 6</b>	<b>1</b>		
<b>&gt; 6</b>	<b>2</b>		

## B. CONDIZIONI FAMILIARI

Tipologia	Si o No
1) Segnalazione o provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria	
2) Particolarità della condizione di salute della persona disabile che non consente di attivare altri supporti socio educativi, frequenza scolastica o centri diurni aggregativi e di tempo libero.	
3) Coesistenza nel nucleo di altre persone con problematiche sociali e/o sanitarie	
4) Condizione di isolamento e solitudine del nucleo senza altri familiari presenti attivi	
5) Condizione di familiare solo che si occupa della persona disabile da assistere	
6) Coesistenza nel nucleo di altri minori	
7) Età avanzata e/o le precarie condizioni di salute delle persone che prestano cura	
8) Grave affaticamento dei familiari derivante dal lavoro di cura	
9) Avvenimenti particolari e gravi che modificano radicalmente la situazione familiare (lutto, malattia,...)	
10) Nessuna presenza di altre persone che affiancano la famiglia (volontari, natural/helper, ecc.)	
Totale punteggio	

<i>Coesistenza delle variabili comporta l'assegnazione dei seguenti punteggi:</i>	
N. variabili	Punti
<b>&gt; 4</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>2</b>
<b>1</b>	<b>1</b>

N.B. La presenza di 4 o più indicatori deve indurre l'UVH/UVM a valutare la famiglia come potenzialmente fragile

## C. CONDIZIONE ASSISTENZIALE

### INDICATORI AREA INDIVIDUALE

A) Età del minore:

0-5 anni  (pt 1)

6-11 anni  (pt 2)

12-15 anni  (pt 3)

16-17 anni  (pt 4)

Punteggio: \_\_\_\_\_

B) Area autonomia di base relativa al bisogno di aiuto, rispetto all'età, per:

Alimentazione  (da 0 a 2 pt)      Motricità  (da 0 a 2 pt)

Vestizione  (da 0 a 2 pt)      Movimento  (da 0 a 2 pt)

Continenza  (da 0 a 2 pt)      Comunicazione  (da 0 a 2 pt)

Punteggio: \_\_\_\_\_

C) Area dei comportamenti antisociali e/o marginali quali: (fino a 6 punti)  
(disturbi della condotta quali fughe, uso di alcool o sostanze, frequenza di gruppi marginali e/o devianti, ecc.)

Punteggio: \_\_\_\_\_

D) Area dei comportamenti auto/etero aggressivi: (da 0 a 4 pt)  
(tentativi anticonservativi e/o autolesionistici, violenza verso altri)

Punteggio: \_\_\_\_\_

E) Area della socializzazione: (da 0 a 3 pt)  
(isolamento, difficoltà nell'inserimento nei gruppi e nelle attività territoriali)

Punteggio: \_\_\_\_\_

F) Area Scolastica:

scarsa frequenza scolastica non frequenza/inadempienza  (da 0 a 3 pt)

scarso interesse o motivazione o partecipazione alla vita scolastica  (da 0 a 2 pt)  
(compiti non fatti, mancanza del materiale)

Punteggio: \_\_\_\_\_

Totale Punteggio: \_\_\_\_\_

<i>Da 1-4</i>	<i>Da 5-8</i>	<i>Da 9-12</i>	<i>Da 13-16</i>	<i>Da 17-20</i>	<i>Oltre i 20</i>
<i>1 punto</i>	<i>2 punti</i>	<i>3 punti</i>	<i>4 punti</i>	<i>5 punti</i>	<i>6 punti</i>

## SINTESI VALUTAZIONE SOCIALE

### A. Valutazione condizione abitativa:

<b>Variabili</b>	0	1 - 5	> 6
Punti	0	1	2

### B. Valutazione condizione familiare:

<b>Variabili</b>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>&gt; 4</i>
Punti	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>6</i>

### C. Valutazione condizione assistenziale:

1 - 4	5 - 8	9 - 12	13 - 16	17 - 20	> 20
1	2	3	4	5	6

CONDIZIONE ABITATIVA	CONDIZIONE FAMILIARE	CONDIZIONE ASSISTENZIALE	TOTALE
Fino a 2	Fino a 6	Fino a 6	<i>14</i>

## 2. SCHEDA DI VALUTAZIONE SANITARIA

### DIAGNOSI CLINICA MULTIASSIALE

\* Applicare codice ICD9 – ICD10 (OMS) o DSM IV

Diagnosi codificata \* \_\_\_\_\_

Diagnosi codificata \* \_\_\_\_\_

Diagnosi codificata \* \_\_\_\_\_

Malattia cronica/rara Certificata D.M. 329/99 D.M. 278/01	Situazione di gravità (comma 3 art. 3 L. 104/92)	Diagnosi ICD 10 come da elenco	Genitori sintomatici	Indennità di frequenza	Indennità di accompagnamento	Condizione clinica che comporta dipendenza da tecnologie complesse (ventilazione meccanica, dialisi) immunodepressione
2	2	Esordio/moderato 3 Avanzato/grave 4-5	1	1	3	14*
					<b>TOTALE</b>	

**N.B.** \*La presenza di una condizione clinica che comporta dipendenza da tecnologie complesse (ventilazione meccanica, dialisi) o immunodepressione determina la valutazione sanitaria massima di 14 pt

### **RIEPILOGO DELLA VALUTAZIONE SOCIALE E SANITARIA**

Prima valutazione  Rivalutazione

VALUTAZIONE SOCIALE	VALUTAZIONE SANITARIA		TOTALE
		<b>Max punteggio raggiungibile</b>	<b>28</b>

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

L' UVM/UVH ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

### **DEFINIZIONE DELL'INTENSITÀ ASSISTENZIALE**

	<b>1 - 7</b>	<b>8 - 12</b>	<b>13 - 17</b>	<b>18 - 22</b>	<b>23 - 25</b>	<b>26 - 28</b>
	<b>BASSA</b>	<b>MEDIA</b>	<b>MEDIO-ALTA</b>	<b>ALTA A</b>	<b>ALTA B</b>	<b>ALTA C</b>
<b>Esito:</b>						

Motivazione

---



---



---



---

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

Luogo e data \_\_\_\_\_

## **I criteri di priorità socio sanitaria per anziano non autosufficienti**

I criteri di priorità sono stati definiti a partire da elementi già presenti nella Cartella Geriatrica dell'UVG e, nello specifico, nell'anamnesi, nelle scale di valutazione sanitarie e nella scheda di valutazione sociale.

Sono considerati come criteri di priorità assoluta socio-sanitaria sia la segnalazione all'AGG da parte dei Servizi di anziani incapaci o in grave stato di abbandono o anziani con provvedimenti dell'AGG in capo alle Amministrazioni Pubbliche sia l'età uguale o maggiore di 99 anni.

Per l'identificazione dei criteri sanitari sono stati considerati alcuni punteggi delle scale sanitarie che connotavano una più grave condizione di non autosufficienza, in particolare sotto il profilo funzionale e cognitivo, ed elementi rilevabili dall'anamnesi.

Per la componente sociale sono stati presi in considerazione, in particolare, alcuni items riguardanti la valutazione della condizione familiare per evidenziare le situazioni di maggior solitudine e fragilità della rete di supporto e la fragilità anche di tipo economico (situazioni in cui risulti una contribuzione, anche parziale, a carico del Comune).

Sulla base di quanto emerso nel processo di validazione, si è definito che la priorità è determinata dalla compresenza sia di un criterio di priorità sanitario, sia sociale che economico.

Per il dettaglio dei criteri di priorità socio-sanitari individuati si rimanda agli schemi seguenti:

### ***Criteri di priorità sociale***

<b>A</b>	<b>Persona sola priva di parenti conviventi/non conviventi (si intendono quelli indicati dall'art. 433 C.C.)</b>
<b>B1</b>	<b>Presenza "solo" del coniuge / "solo" altra persona convivente valutato UVG/UVH non auto o con problemi di dipendenza o disturbi psichiatrici o comportamentali</b>
<b>B6</b>	<b>Al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti</b>
<b>B1</b>	<b>Presenza "solo" del coniuge / "solo" altra persona convivente valutato UVG/UVH non auto o con problemi di dipendenza o disturbi psichiatrici o comportamentali</b>
<b>B7</b>	<b>Elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare (di parenti non conviventi) di minori e/o di persone con gravi problemi (non auto, disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici, ecc...) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi alla elevata età e alla salute</b>
<b>B2</b>	<b>Problemi del coniuge/persona convivente non valutata UVG/UVH (elevata età, problemi sanitari, episodi acuti, ecc...)</b>
<b>B6</b>	<b>Al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti</b>
<b>C1</b>	<b>Persona che vive da sola con rete parentale non convivente con elevato carico di cura per la presenza all'interno del nucleo familiare di minori e /o di persone con gravi problemi (non auto, disabilità, dipendenze, disturbi psichiatrici o comportamentali, ecc...) e/o l'unico/i parente/i di riferimento ha problemi connessi alla elevata età e alla salute</b>
<b>C7</b>	<b>La rete parentale è composta esclusivamente da parenti non tenuti agli alimenti secondo l'art. 433 C.C. che non se ne occupano o se ne occupano in modo inadeguato</b>

### *Criteri di priorità sanitaria*

CS1	Anziano affetto da disturbi comportamentali in demenza o sindromi correlabili (punteggi 1 o 2 alla DISCO)
CS2	Anziano con stati confusivi o condizione di acriticità delle proprie limitazioni fisiche (anamnesi positiva per demenza, stato confusivo, disturbi comportamentali)
CS3	Anziano affetto da handicap gravi che compromettono la capacità di accudire se stesso e vivere da solo (ad esempio cecità, incapacità di scendere da solo dal letto o spostarsi, di alimentarsi).
CS4	Anziani con grave perdita dell'autonomia motoria (es: cadute frequenti, allettati)– vedere ADL 5 o 6 e sintesi anamnesiche e cliniche
CS5	Anziani dimissibili dal luogo di cura di acuzie / post acuzie che hanno rifiutato l'inserimento in residenza dichiarando di preferire gli aiuti domiciliari
CS6	Anziani dimissibili dal luogo di cura di acuzie / post acuzie che, nell'ultimo anno hanno avuto più di due prese in carico in strutture del Servizio Sanitario (es: ricovero ospedaliero, ricovero in casa di cura, cure domiciliari, ecc.) correlabili alla mancata attivazione di una lungoassistenza domiciliare

### Situazioni da monitorare

Sono stati altresì definiti ulteriori elementi per evidenziare quelle situazioni che, pur non risultando prioritarie, presentano già specifici aspetti di deterioramento nell'anziano e di grave affaticamento del care giver e/o età compresa tra i 95 e i 98 anni.

Per tali casi, al fine di tenerli maggiormente sotto controllo in riferimento alle caratteristiche di evoluzione e peggioramento repentino che gli stessi presentano, è stato previsto, sulla base di quanto indicato nella D.G.R. 39/09, un monitoraggio, di norma, con cadenza quadrimestrale.

Il monitoraggio di queste situazioni viene determinato dalla compresenza di un criterio sanitario ed uno sociale.

Per il dettaglio dei criteri di cui sopra si rimanda agli schemi seguenti:

### *Criteri Sociali*

B3	Grave affaticamento del convivente (care giver) derivante dal lavoro di cura
B6	Al di fuori dei familiari conviventi non esistono altri parenti
C3	Grave affaticamento del care giver non convivente derivante dal lavoro di cura

### *Criteri Sanitari*

CS1	Anziano affetto da disturbi comportamentali in demenza o sindromi correlabili (punteggi 1 o 2 alla DISCO)
CS2	Anziano con stati confusivi o condizione di acriticità delle proprie limitazioni fisiche (anamnesi positiva per demenza, stato confusivo, disturbi comportamentali)