

Regione Piemonte - ASL 5 Collegno

Regolamento Unità Valutativa Geriatrica

ARTICOLO 1

Oggetto

Il presente regolamento disciplina, nell'ambito dei principi dell'ordinamento e nel rispetto della normativa nazionale, regionale e della regolamentazione locale, le modalità di funzionamento dell'Unità di Valutazione Geriatrica Aziendale composta da un nucleo centralizzato e da cinque articolazioni distrettuali.

ARTICOLO 2

Principi generali

1. Il regolamento è redatto sulla base dei contenuti del D.Lgs. 502/1992, del D.P.C.M. 29.11.2001 e della DGR n 51 del 23/12/2003 che ha stabilito, nell'allegato 1, Punto 1.C le prestazioni che il SSN deve garantire con riferimento all'area sanitaria e socio-sanitaria attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione, previsti dalla normativa vigente e riconducibili ai Livelli Essenziali d'Assistenza.
2. L'area dell'integrazione socio-sanitaria è normata dall'articolo 3 septies del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i. e, in attuazione, dal D.P.C.M. 14.2.2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie". Tale normativa individua e definisce, nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, quelle sanitarie a rilievo sociale e quelle sociali a rilievo sanitario.
3. Il D.P.C.M. 29.11.2001, Allegato 1, punto c, come recepito dalla D.G.R. n° 51-11389 del 23.12.2003 "Accordo Regione territorio per l'applicazione dei L.E.A. all'area dell'integrazione sanitaria", nell'ambito della titolarità sanitaria delle prestazioni comprese nei Livelli essenziali di assistenza, individua per ciascuna tipologia erogante di carattere socio-sanitario quelle che sono le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e quelle sanitarie a rilevanza sociale, nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.S.N.
4. L'area delle prestazioni interessata dal presente regolamento afferisce a quest'ultima tipologia e riguarda l'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale a favore di anziani affetti da patologie che determinano non autosufficienza.

ARTICOLO 3

Fonti normative specifiche

1. Il Progetto Obiettivo Anziani individua nell'Unità Valutativa Geriatrica (U.V.G) il nucleo centrale del coordinamento per accedere ai diversi servizi socio – sanitari rivolti agli anziani.
2. Le Unità di Valutazione Geriatriche sono state istituite dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 14 – 26366 del 28.12.1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo 'Tutela della salute degli anziani'. Unità di Valutazione Geriatrica" ed il funzionamento

delle stesse è stato regolamentato con le DD.GG.RR. nn. 113 – 16221 del 22.6.1992 e 188 – 24789 del 3.5.1993.

3. La Regione Piemonte con D.G.R. n° 17-15226 del 30.3.2005 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifiche e integrazioni alla D.G.R. n° 51-11389 del 23.12.2003” D.P.C.M. 29.11.2001, Allegato 1, Punto 1. C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio-sanitaria. Allegato 1.A, ha ulteriormente definito le modalità e i criteri di funzionamento dell’UVG.
4. In ottemperanza alle normative vigenti l’A.S.L. 5 con atto deliberativo n° 1765 del 30.11.2000 aveva istituito l’Unità di Valutazione Geriatrica articolata in un nucleo centrale e cinque nuclei distrettuali.
5. Relativamente all’ambito territoriale dell’Azienda Sanitaria Locale n. 5 i compiti e le funzioni dell’Unità di Valutazione Geriatrica, articolata come specificato nell’articolo 1, sono stati ridefiniti con l’Accordo di Programma, stipulato in data 28.9.2004, tra l’Azienda stessa e gli Enti Gestori delle funzioni socio – assistenziali afferenti agli ambiti distrettuali.

ARTICOLO 4

Funzioni dell’Unità di Valutazione Geriatrica

- 1) L’Unità di Valutazione Geriatrica è lo strumento attraverso il quale l’Azienda assicura il rispetto delle disposizioni normative nazionali e regionali.
- 2) L’Unità di Valutazione Geriatrica centrale opera in stretto raccordo con i nuclei distrettuali, per le sottoelencate funzioni:
 - a) La predisposizione degli atti deliberativi finalizzati all’attuazione delle normative nazionali, regionali e degli accordi locali nonché gli atti di nomina dei componenti delle Unità di Valutazione e dei relativi supplenti.
 - b) La stesura del regolamento e le successive eventuali modifiche ed integrazioni. Il regolamento è approvato previa intesa tra l’Azienda Sanitaria e gli Enti Gestori, e viene adottato con atto formale.
 - c) L’individuazione del fabbisogno di consulenze di medici specialisti (geriatri e neurologi) e a tal fine ne definisce annualmente le necessità.
 - d) La definizione dei posti letto da dedicare ai ricoveri temporanei per garantire la continuità assistenziale sia ai pazienti ricoverati sia per sollevare temporaneamente la famiglia dal carico assistenziale di un congiunto assistito al domicilio
 - e) Il monitoraggio delle modalità di attuazione del regolamento al fine di realizzare una omogenea applicazione dei criteri e degli strumenti clinici di valutazione. L’U.V.G. centrale assicura la raccolta, l’elaborazione, la verifica di dati, uniformi e rispondenti al debito informativo verso la Regione, il Ministero, la Direzione Generale dell’Azienda e restituisce alla Direzione del Distretto e alla Direzione degli Enti Gestori i dati elaborati;
 - f) La definizione di strumenti validati di valutazione dell’appropriatezza, dell’efficienza e dell’efficacia degli interventi attuati in funzione degli esiti di salute attesi e, con riferimento all’ambito aziendale, assicura:

- La raccolta e il coordinamento dei bisogni territoriali emersi a seguito di un'analisi puntuale svolta dalle unità distrettuali, in merito agli interventi afferenti all'area della domiciliarietà, a quella della semi residenzialità e della residenzialità;
 - la messa a punto di programmi e progetti atti a rispondere, nel modo più adeguato, ai reali bisogni delle persone anziane affette da patologie che determinano non autosufficienza e delle loro famiglie in ottemperanza ai precetti di garanzia della continuità delle cure in ogni fase del percorso clinico assistenziale, di sviluppo degli interventi domiciliari e di implementazione delle strutture semiresidenziali e residenziali.
- g) La consulenza tecnico scientifica per l'adeguata organizzazione e verifica dei servizi socio-sanitari rivolti agli anziani;
- h) la contribuzione alla definizione di linee guida per la formazione degli operatori sanitari e sociali operanti nell'ambito dei servizi rivolti agli anziani affetti da patologie che determinano non autosufficienza;
- 3) Ai nuclei distrettuali compete:
- a) l'individuazione, attraverso la valutazione multidimensionale e con assunzione della relativa responsabilità dal punto di vista clinico e socio-sanitario, dei bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio;
 - b) la predisposizione e/o approvazione del Progetto Assistenziale Individuale (P.A.I) identificando la fascia d'intensità, il livello di complessità ed il conseguente livello prestazionale;
 - c) la predisposizione della documentazione necessaria per l'eventuale integrazione della retta da parte del comune o ente gestore socio-assistenziale competente.
 - d) l'invio, su richiesta dell'interessato, della documentazione al Servizio di Medicina Legale per il rilascio delle provvidenze.
 - e) Il monitoraggio e l'eventuale revisione dei Progetti Assistenziali attivati;
 - f) L'U.V.G. può intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni, in presenza di patologie invalidanti, tali da far ravvisare nel caso in oggetto caratteristiche di norma proprie dell'anziano, raccordandosi con l'U.V.A.P. operante nel territorio; nel caso di patologie connesse alla salute mentale o alle dipendenze, l'U.V.G. può avvalersi di consulenze delle figure professionali confacenti alla patologia individuata e definisce con i relativi servizi di riferimento dei protocolli di collaborazione.
 - g) L'Unità di Valutazione Geriatrica effettua la valutazione volta a definire la condizione di auto o non autosufficienza degli anziani ospiti in strutture afferenti al bacino territoriale di competenza quando richiesta dalle Commissioni di Vigilanza e/o dai NAS.

ARTICOLO 5

Composizione dell'Unità di Valutazione Geriatrica

1. L'U.V.G. centrale è convocata e presieduta dal Responsabile U.O.S Residenza Anziani e vede quali componenti i presidenti delle UVG distrettuali, i Direttori di Distretto e i Direttori degli Enti Gestori o loro delegati.
2. Le singole unità distrettuali sono convocate e presiedute da un medico AST, e sono composte da un coordinatore infermieristico, un operatore amministrativo e un rappresentante dell'Ente Gestore afferente all'ambito distrettuale.
3. Le decisioni sono assunte in sede di commissione: la seduta della commissione è valida quando sono presenti almeno 3 componenti, tra cui l'assistente sociale dell'ente gestore, escluso il segretario.
I componenti della commissione possono essere sostituiti da persone da loro indicate, con competenze analoghe. I nominativi vengono segnalati per iscritto e solo con essi per effetto di delega avviene la rappresentanza. L'eventuale delegato del presidente ne assume le funzioni. La delega non si intende permanente, ma si esercita per impedimento o assenza del titolare.
4. Il Medico di Medicina Generale che ha in carico l'assistito da valutare, su richiesta di quest'ultimo, può partecipare ai lavori; nel caso in cui sia presente in commissione, ne diventa membro effettivo per l'esame di quel singolo caso.
5. A richiesta della persona sottoposta a valutazione, in esito alla presentazione di ricorso da parte dell'interessato, partecipa ai lavori dell'équipe il suo medico di fiducia che diviene, a tutti gli effetti, componente dell'Unità di Valutazione.
6. L'Unità di Valutazione Geriatrica può inoltre avvalersi della consulenza di Medici Specialisti (geriatra, fisiatra, ecc..) e/o delle altre professionalità sanitarie e sociali necessarie.

ARTICOLO 6

I Nuclei Interdisciplinari Anziani (N.I.A.)

1. L'Unità di Valutazione Geriatrica Distrettuale svolge le funzioni ad essa attribuite, avvalendosi dei Nuclei Interdisciplinari preposti all'assistenza territoriale domiciliare, semi residenziale e residenziale degli anziani.
2. I Nuclei rappresentano una modalità operativa dell'Unità di Valutazione e sono composti da figure professionali sanitarie e sociali individuate dalle Direzioni Distrettuali e degli Enti Gestori. Essi costituiscono un "gruppo operativo" nel quale sono presenti competenze mediche, infermieristiche e sociali.
3. Ai nuclei compete lo svolgimento delle attività istruttorie finalizzate alla valutazione delle situazioni ed alla definizione dei progetti individuali da sottoporre all'Unità di Valutazione che settimanalmente viene chiamata a riunirsi con la presenza di tutti i componenti (oltre agli operatori appartenenti ai Nuclei Interdisciplinari, è prevista la partecipazione dell'operatore amministrativo responsabile del procedimento e, a richiesta dell'interessato, del suo medico di fiducia). Le Unità vengono inoltre integrate da figure professionali specialistiche o che abbiano conoscenza diretta del caso in esame.
4. Il N.I.A. individua al suo interno il referente del progetto per il singolo paziente e svolge le funzioni di monitoraggio dei progetti individualizzati approvati dall'Unità di Valutazione ed assegnati ai responsabili dei casi individuati nell'ambito della rete dei servizi distrettuali.

ARTICOLO 7

Il percorso di accesso alla domiciliarità

1. In via ordinaria l'accesso alle cure domiciliari (ADI, ADP, SID) avviene a seguito della segnalazione effettuata dal medico di medicina generale, dal servizio sociale, dall'utente o dai congiunti. In tale fattispecie il Medico AST e/o il coordinatore infermieristico visionano la segnalazione, contattano il medico (qualora la segnalazione non sia effettuata dal curante) ed eventualmente il servizio sociale. L'attivazione degli interventi avviene, in ogni caso, con richiesta scritta del medico di medicina generale.
2. In sede di definizione del piano assistenziale, si procede alla quantificazione del peso sanitario ed eventualmente sociale in base al quale il paziente accede alla fase intensiva/estensiva come da modalità previste dal regolamento cure domiciliari o direttamente alla fase di lungo assistenza. Qualora in un progetto in fase intensiva/estensiva vengano rilevate variazioni della complessità assistenziale, tali da configurare un regime di lungo assistenza, si provvede, da parte del Nucleo Interdisciplinare, a definire un nuovo piano assistenziale da sottoporre alla competente Unità di Valutazione Distrettuale. In attesa dell'attivazione del nuovo piano assistenziale all'utente viene garantita la continuità delle cure in atto.
3. Nel caso di accesso diretto alla lungo assistenza viene coinvolta l'Unità di Valutazione che, avvalendosi del Nucleo Interdisciplinare Anziani, definisce il piano assistenziale individuando il referente deputato al monitoraggio degli interventi ed il responsabile del caso assegnato ai servizi domiciliari.
4. Nel caso di dimissione da un reparto di acuzie o di post acuzie all'assistenza territoriale (domiciliare o in struttura residenziale), la proposta di trasferimento viene recepita dalla segreteria distrettuale che provvede a raccordare il Medico del reparto che dimette il paziente con il Medico AST e/o il coordinatore infermieristico addetti alle cure domiciliari e con l'Unità di Valutazione distrettuale. Successivamente si procede con le modalità di cui al comma 2 del presente articolo. Qualora non ricorrano le condizioni per l'erogazione delle cure domiciliari, l'Unità di Valutazione Distrettuale provvede a verificare la possibilità di inserimento del paziente in uno dei posti aziendali riservati alla dimissione protetta dei ricoverati in ospedale.

ARTICOLO 8

Il percorso di accesso all'assistenza territoriale, semi residenziale e residenziale.

1. Le persone anziane che necessitano di prestazioni socio sanitarie possono rivolgersi alla segreteria del distretto (e/o agli uffici territoriali degli Enti Gestori) facendo richiesta su apposito modulo. Sarà compito dell'U.V.G. orientare l'utente e/o la famiglia sulla tipologia di prestazione più idonea.
2. Le prestazioni essenziali socio sanitarie che possono essere fornite alle persone anziane affette da patologie che determinano non autosufficienza attraverso l'Unità di Valutazione Distrettuale sono:
 - a) Cure domiciliari con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 100% nelle fasi intensive ed estensive e del 50% nella fase di lungo assistenza

- b) Servizio di Tele soccorso e Tele assistenza con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%.
- c) Assegno di servizio, purché rispondente a spese di assistenza documentate e con il rispetto degli obblighi previdenziali, con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%;
- d) Affidamento intra ed etero familiare con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%
- e) Inserimento in Centro Diurno Alzheimer con copertura sanitaria alla spesa nella misura del 100%;
- f) Inserimento in Centri Diurni per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti con compartecipazione sanitaria alla spesa nella misura del 50%;
- g) Inserimenti in strutture residenziali, temporanei e definitivi, per non autosufficienti, secondo i valori tariffari e la compartecipazione alla spesa prevista dalla normativa vigente:

Fasce assistenziali	Livello base Carico ASL	Livello base Carico utente
Alta Intensità	54%	46%
Media Intensità	50%	50%
Bassa Intensità	50%	50%

Per le prestazioni sopraelencate l'Ente Gestore integra, se del caso, la quota di spesa posta a carico del cittadino, secondo criteri e modalità definite da ciascun Ente Gestore nelle more dell'individuazione, da parte della Regione Piemonte, di linee guida omogenee e fino ad un massimo corrispondente alle percentuali indicate nel presente regolamento.

3. Le strutture semi residenziali e residenziali sono individuate prioritariamente tra quelle accreditate/convenzionate nel territorio del distretto sanitario. Nelle more del reperimento dei posti residenziali necessari al fabbisogno distrettuale si potrà operare in ambito aziendale. E' fatta salva la possibilità per gli aventi diritto, che ne facciano richiesta, di essere collocati in strutture situate in ambito territoriale regionale extra aziendale, previa verifica dei requisiti sanitari di legge, in caso di avvicinamento al familiare di riferimento per garantirne assidua frequentazione, a condizione che i familiari stessi si impegnino a seguire con regolarità il congiunto. L'ASL 5 si impegna a cooperare per facilitare il ricovero nelle strutture del proprio territorio di anziani residenti in altre zone che vogliano avvicinarsi ai propri congiunti.
Le strutture regionali extra aziendali devono già essere state autorizzate al convenzionamento con l'ASL 5 ed i consorzi socio-assistenziali così come previsto dalla DGR 18-15227 del 30/03/05
4. La domanda, corredata dalla scheda medica compilata dal medico di medicina generale o da altro medico curante; dall'autocertificazione della residenza e del patrimonio; dalla copia del verbale di invalidità, se posseduto; da eventuali certificati medici e/o copie di cartelle cliniche, viene trasmessa alla segreteria U.V.G. che attiva il N.I.A. che effettua le necessarie

verifiche sulla condizione del richiedente (direttamente e/o per tramite degli operatori territoriali), attiva il medico di medicina generale del richiedente e le necessarie consulenze (geriatra, psichiatra, neurologo), formula una proposta di progetto individualizzato da sottoporre all'Unità di Valutazione.

5. L'esito della valutazione viene comunicato dalla segreteria del distretto, in forma scritta all'interessato dal responsabile del procedimento, entro un massimo di sessanta giorni dalla ricezione della domanda corredata dalla documentazione, a firma del presidente UVG e del Direttore del Distretto.

All'interessato è data facoltà di presentare ricorso secondo le indicazioni dell'art.13.

ARTICOLO 9

Il processo di valutazione.

1. L'Unità di Valutazione garantisce la massima partecipazione dell'interessato e dei familiari al processo di valutazione. Il processo di valutazione si sviluppa attraverso:
 - a) indagine sociale e sanitaria finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni dell'anziano con particolare attenzione all'individuazione dei requisiti per la realizzazione di un progetto domiciliare;
 - b) valutazione complessiva e definizione del percorso assistenziale concordato con il beneficiario e con la sua famiglia.
2. L'indagine viene svolta mediante l'esame della documentazione ed attraverso la visita presso il domicilio del paziente (casa, ospedale, casa di cura, struttura residenziale). Qualora l'anziano soggiorni presso strutture collocate in ambiti territoriali esterni all'Azienda Sanitaria Locale n. 5, l'Unità di Valutazione può svolgere le visite per rogatoria (attraverso l'Unità di Valutazione competente per il territorio).
3. Lo strumento adottato per la valutazione è la cartella geriatrica, il cui contenuto verrà definito con apposito provvedimento dalla Regione Piemonte.

La cartella geriatrica conterrà per la valutazione:

 - a) le scale di V.M.D. sanitarie (ADL, IADL, DISCO, SPMSQ, DMI) attraverso le quali si quantifica il grado di salute ed autosufficienza del soggetto, fino ad un punteggio massimo di 14 punti;
 - b) La scheda di valutazione sociale attraverso la quale si analizza la situazione di bisogno connessa alla condizione socio-economica, ambientale e assistenziale dell'anziano anche in relazione alla sua famiglia, fino ad un punteggio massimo di 14 punti;
4. Nelle more dell'emanazione del provvedimento per la valutazione vengono utilizzate:
 - a) le Scale di V.M.D sanitarie (A.D.L., S.P.M.S.Q., D.M.I.) attraverso le quali si quantifica il grado di non autosufficienza del soggetto, fino a un massimo di 35 punti;
 - b) la Scheda di valutazione sociale attraverso la quale si analizza la situazione di bisogno connessa alla condizione socio – economica, ambientale e assistenziale dell'anziano anche in relazione al suo nucleo familiare, fino a un massimo di 40 punti.

5. E' opportuno che l'indagine sociale e sanitaria vengano svolte in modo congiunto – di norma attraverso il Nucleo Interdisciplinare Anziani – e che, in ogni caso, le risultanze siano oggetto di confronto prima della seduta dell'Unità di Valutazione.
6. La rivalutazione del progetto individuale può essere richiesta anche dall'utente stesso o dal tutore, con richiesta diretta all'U.V.G. dell'A.S.L. di residenza e con facoltà di farsi assistere da un medico di sua fiducia e/o da un'associazione di tutela.
7. Rispetto alla valutazione effettuata a livello locale (U.V.G. dell'A.S.L. di residenza o struttura ospitante), l'interessato, se ne ha la capacità, o il familiare o il tutore o l'amministratore di sostegno, può avvalersi, in sede valutativa o comunque prima che le commissioni si siano formalmente espresse, della perizia di propri esperti e/o farsi rappresentare da un'associazione di categoria e/o di volontariato che opera a difesa dei diritti delle persone anziane.
8. Visti i bisogni e gli obiettivi definiti, viene redatto il programma assistenziale individuale (P.A.I. in allegato) che deve contenere, tra l'altro:
 - a) l'indicazione dei tempi di verifica e/o di rivalutazione del medesimo, da effettuarsi in via diretta – per tramite del referente individuato - attraverso il rapporto con i responsabili del caso individuati all'interno dei servizi sociali, sanitari o delle strutture;
 - b) l'indicazione dei termini entro i quali l'Unità di Valutazione è tenuta a valutare le proposte di modifica progettuale, formulate dai servizi che erogano gli interventi, a seguito del mutamento della fascia assistenziale e/o del livello di intensità delle prestazioni.
9. La fascia di intensità assistenziale è individuata nell'ambito del progetto personalizzato, in base alla tipologia del bisogno.

Il livello di complessità della prestazione è determinato in riferimento alla composizione delle risorse professionali impegnate ed alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

Il monitoraggio dell'andamento dei progetti è governato dall'UVG ed attuato dagli enti erogatori delle prestazioni residenziali.
10. L'esito della valutazione viene comunicato al richiedente per iscritto, tramite raccomandata con ricevuta di ritorno, entro 60 giorni dalla data di protocollo della domanda completa.

Per particolari situazioni necessitanti di ulteriori approfondimenti si sospende temporaneamente la decisione, dandone comunicazione per iscritto al richiedente. Dalla data di tale comunicazione decorrono nuovamente i suddetti termini.
11. Per il raggiungimento degli obiettivi fissati con il presente regolamento è indispensabile che il livello qualitativo e quantitativo del soddisfacimento delle domande in rapporto al fabbisogno avvenga mediante l'informatizzazione di tutte le attività socio-sanitarie svolte nella rete integrata dei servizi distrettuali ed aziendali.
12. Qualora all'atto dell'ingresso in struttura l'evoluzione del bisogno dell'utente sia tale da richiedere un adeguamento del progetto individuale definito dall'UVG, l'equipe multidisciplinare lo propone nell'ambito del P.A.I., con riferimento alla valutazione sullo stato di salute dell'ospite effettuata dal medico di medicina generale che ha in cura il paziente, dandone immediata comunicazione all'U.V.G., la quale è tenuta ad esprimere eventuali diverse determinazioni entro i successivi trenta giorni.

L'andamento del P.A.I. è soggetto a periodiche verifiche da parte dell'equipe della struttura, entro i termini previsti nel progetto individuale o, comunque, a fronte dell'insorgere di variazioni delle condizioni psico-fisiche dell'ospite.

La struttura residenziale comunica all'U.V.G. eventuali variazioni dei bisogni, unitamente alla valutazione sullo stato di salute dell'ospite effettuata dal medico di medicina generale, proponendo la relativa fascia/livello prestazionale adeguati all'evolvere della situazione monitorata.

ARTICOLO 10

Selezione ed attivazione degli interventi.

1. Il modello operativo delle Unità di Valutazione dell'Azienda Sanitaria 5 è finalizzato alla presa in carico delle persone anziane affette da patologie che determinano non autosufficienza alle quali si intende garantire la continuità delle cure. Ogni persona valutata ha pertanto facoltà di richiedere uno o più interventi, tra quelli indicati all'articolo 8, comma 2, del presente regolamento, e non obbligatoriamente il ricovero in struttura.
2. Dal momento della presa in carico con l'intervento ritenuto più idoneo in sede di valutazione e condiviso con l'interessato o chi ne fa le veci, viene garantito all'assistito il costante monitoraggio della sua situazione. All'aggravarsi della condizione dell'anziano si risponde pertanto con la rivalutazione del caso e con la proposizione degli interventi di volta in volta più adeguati all'evoluzione della situazione. Il fine ultimo della presa in carico così condotta è di assicurare la continuità assistenziale dell'anziano accompagnando l'evoluzione della sua storia.
3. Qualora le risorse necessarie a realizzare il progetto assistenziale individualizzato non risultino immediatamente disponibili, la continuità assistenziale è messa in atto mediante la programmazione di interventi alternativi appropriati alla situazione da trattare, impiegando le risorse disponibili nell'ambito delle rete complessiva dei servizi per anziani esistenti nell'ASL, a livello territoriale e/o ospedaliero e/o nell'Ente gestore socio-assistenziale. Contemporaneamente la segreteria l'Unità di Valutazione Geriatrica Distrettuale provvede alla compilazione di graduatorie, distinte per tipologie di interventi, mediante l'attribuzione del punteggio derivante dalla valutazione/rivalutazione sanitaria e sociale. In caso di parità di punteggio si tiene conto dell'ordine cronologico della richiesta di prima valutazione.
4. Le persone anziane che richiedono gli interventi di cui all'art. 8 del presente regolamento vengono inserite nella specifica graduatoria secondo i criteri di cui al comma precedente e non maturano alcun aumento automatico del punteggio legato alla data della domanda. Gli utenti hanno facoltà di richiedere, trascorsi sei mesi dalla precedente valutazione, una successiva valutazione in caso di aggravamento delle proprie condizioni. Tale rivalutazione può anche avvenire su proposta del Responsabile del caso
5. L'utente, e/o la persona individuata a rappresentarlo, è tenuto a pronunciarsi sull'accettazione o meno dell'intervento entro 5 giorni consecutivi dalla comunicazione della proposta da parte delle segreterie dell'UVG distrettuale. La mancata comunicazione scritta nel termine previsto viene considerata alla stregua di un rifiuto temporaneo, che consente all'amministrazione di proporre l'intervento all'utente successivo in graduatoria. Il rifiuto temporaneo diviene cancellazione definitiva dalla graduatoria, qualora l'utente non comunichi la sua volontà dopo 5 giorni dalla successiva notifica con raccomandata. L'inserimento in struttura deve avvenire di norma entro i 3 giorni successivi all'accettazione. In alternativa decorre comunque il pagamento della quota alberghiera per la conservazione del posto.
6. Nel caso in cui l'anziano collocato in graduatoria rifiuti l'intervento richiesto viene depennato dalla specifica lista d'attesa. E' fatta salva la possibilità di permanere nelle

graduatorie relative ad altri interventi, così come di presentare nuove richieste di valutazione di norma dopo 6 mesi dalla formalizzazione della rinuncia all'intervento.

7. L'Unità di Valutazione Geriatrica Distrettuale compila ed aggiorna puntualmente l'elenco generale di tutte le persone anziane affette da patologie che determinano non autosufficienza in carico/lista d'attesa per gli interventi di cui all'articolo 8, comma 2, del presente regolamento. Detto elenco non costituisce graduatoria in quanto tale ma viene utilizzato per il monitoraggio e per la programmazione delle attività distrettuali. La rilevazione delle liste d'attesa avviene esclusivamente attraverso l'esame delle singole graduatorie d'intervento, a loro volta aggiornate attraverso le procedure di rivalutazione descritte nei commi precedenti.
8. L'UVG distrettuale redige un verbale sintetico della singola seduta, sottoscritto al termine della stessa da parte dei partecipanti. Il verbale viene depositato ed è consultabile presso la segreteria dell'UVG distrettuale.
9. Il sistema di cui sopra, valido per la quasi totalità dei casi, deve tenere conto di situazioni in cui si ravvisino caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali, che andranno definiti nell'ambito dei lavori della commissione, dal momento che possono variare a seconda delle problematiche di ciascun territorio. In queste situazioni il presidente può assumere un provvedimento, dandone comunicazione nella prima seduta della commissione.

ARTICOLO 11

Inserimenti residenziali

I ricoveri presso le strutture residenziali possono essere di due tipi:

- Definitivi (tra i quali le convenzioni ad personam).
- Temporanei (ricoveri di sollievo, percorsi di continuità assistenziale);

Ricoveri temporanei:

- Ricoveri di sollievo

Per ricovero di sollievo si intende un ricovero temporaneo della durata massima di due mesi avente la finalità di alleviare i familiari nell'assistenza e/o cura del soggetto, inserito in un progetto assistenziale condiviso con l'interessato.

E' realizzabile qualora l'anziano sia inserito in una rete familiare in grado di rispondere ai bisogni assistenziale dello stesso; qualora compaia un evento che scompensi temporaneamente la situazione, risolvibile attraverso l'allontanamento temporaneo dell'anziano dal suo contesto di vita qualora sia possibile il rientro a domicilio dopo valutazione della sua fattibilità. Si considerano eventi temporanei che giustificano il ricovero di sollievo: la carenza o l'assenza di assistenza erogata dalla rete (malattia del familiare di supporto; ferie del familiare o del personale addetto all'assistenza, chiusura estiva dei servizi di supporto, stress dei familiari; adeguamento strutturale dell'abitazione).

Di norma non è rinnovabile, né ripetibile prima che sia trascorso un anno.

All'atto del ricovero il familiare deve sottoscrivere una dichiarazione di impegno a creare le condizioni necessarie per consentire il rientro nel proprio domicilio all'atto delle dimissioni, nel caso in cui le condizioni cliniche non si siano aggravate rispetto alla data di inserimento dell'ospite.

Sarà data priorità alle richieste dell'anziano/richiedente che non ha richiesto il ricovero definitivo.

- Percorsi di continuità assistenziale

Si richiamano le DDGRR n. 41-5952 del 07.05.02 e n. 72-14420 del 20.12.2004 per quanto attiene il percorso definito nell'allegato A, che prevedono la stipula di protocolli d'intesa tra ASO ASL ed Enti Gestori.

ARTICOLO 12

Tutele

L'UVG distrettuale segnala, all'autorità giudiziaria competente, quando nel corso della valutazione riscontra la necessità di misure di protezione delle persone prive in tutto, o in parte, di autonomia per effetto di infermità, che si trovano nell'impossibilità o nell'incapacità di provvedere ai propri interessi.

ARTICOLO 13

Ricorsi e accesso agli atti

La Commissione centrale per le rivalutazioni cliniche di cui alla D.G.R. n° 74-28035 del 2/8.1999, integrata con le figure professionali in possesso di specifica competenza sull'area degli anziani, da individuarsi con apposito provvedimento regionale, costituisce il livello di riferimento e di garanzia in ordine alle eventuali controversie che dovessero insorgere fra i diversi soggetti (A.S.L., soggetti gestori socio-assistenziali, gestori dei presidi residenziali o relativi organismi rappresentativi, utenti/familiari/tutori/associazioni rappresentative) in merito alle valutazioni e rivalutazioni espresse a livello locale.

ART. 14

Norme transitorie

L'applicazione del presente regolamento decorre dalla data di deliberazione.

Nei 30 giorni successivi le segreterie delle UVG distrettuali procedono a congelare i punteggi degli utenti in graduatoria.

Dopodiché i nuovi inserimenti in graduatoria avverranno secondo i criteri di cui al presente regolamento.

In caso di rivalutazione di un utente già presente in graduatoria, quest'ultimo mantiene il punteggio più favorevole tra quello accumulato alla data di congelamento dei punteggi e quello della nuova valutazione.

A.S.L. 5– DISTRETTO – U.V.G (se a domicilio)

DENOMINAZIONE PRESIDIO (se ricoverato)

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

Signor/a.....sesso M F

Nato a.....il.....

Persona di riferimento.....telef.....

Grado di riferimento.....

Data inizio intervento a domicilio.....

Data d'ingresso in struttura.....

Provenienza: domicilio

struttura socio-ass.le.....

struttura sanitaria.....

Motivo inserimento: impossibilità alla gestione non accettazione dalla famiglia solitudine difficoltà economiche altro.....

Punteggi delle scale di valutazione multidimensionale:

scala *data/p.ti* *data/p.ti* *data/p.ti*

A.D.L (*).....

S.P.M.S.Q (*).....

D.M.I. (*).....

I.A.D.L. (**)......

Storia di vita dell'anziano (*)

Patologie in atto al (secondo i codici ICD IX CM)

.....
.....

* da allegare per tutti gli utenti

** da allegare per gli utenti a domicilio

STORIA PERSONALE DI:

Nome.....

Informazione fornite da (nome e parentela).....

IL VISSUTO

- Stato civile: celibe/nubile
 Vedovo/a
 Coniugato/a

- N° figli.....

- **Mansioni** svolte in passato:

.....

.....

- **Eventi** principali che hanno carterizzato la sua vita:

.....

.....

- **Luoghi** più significativi della sua vita:

.....

.....

IDENTITA' PERSONALE

- **Abilità professionali**/domestiche conservate:

.....

.....

- **Abitudine cambiate** rispetto al passato:

.....

.....

- **Interessi o passatempi** che lo farebbero sentire bene:

.....

.....

- **Valori** religiosi e non, conservati e di riferimento:

.....

.....

- **Atteggiamento** rispetto alla **cura del sè**:

.....

.....

- **Abitudini alimentari**:

.....

.....

IL CONTESTO

- **Oggetti** che ama avere accanto a sè:

.....

.....

- **Ambienti o spazi** che è solito scegliere per trascorrere il tempo:

.....

.....

- **Abitazione (caratteristiche-accessibilità)**

....

.....

....

.....

LA RELAZIONE

- **Figure familiari** e non con le quali entra più facilmente in relazione:

.....

.....

- **Aggettivi** che rispecchiano il suo carattere :

.....

.....

Data.....

Firma.....

SINTESI DEGLI INTERVENTI

OBIETTIVO PRIORITARIO

DATA DELLA COMPILAZIONE -----

Operatori

firma leggibile

M.M.G

I.P.

ADEST

ASSISTENTE SOCIALE

FAMILIARE

RESPONSABILE DI STRUTTURA

RESPONSABILE DEL CASO

REFERENTE DEL PROGETTO

ALL'UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.) dell'A.S.L. 5

(Ufficio di Segreteria dell'U.V.G. -)

Il/la sottoscritt. _____

tess. sanit. n° _____ Medico curante Dott. _____

- *Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, falsità in atti e uso di atto falso, (ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. 445/2000), e della perdita dei benefici concessi dall'Amministrazione sulla base della presente dichiarazione.*
- *Informato, ai sensi della legge 675/96, che sui dati forniti e sul loro trattamento, anche in forma automatizzata, con modalità strettamente connesse ai fini della presente domanda, e con garanzia di riservatezza, si possa esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge*

DICHIARA DI ESSERE

Nato/a _____ il _____ residente a _____

Cap. _____ Via/Piazza _____ n° _____

Precedente residenza _____

Stato civile _____ Professione _____

Domiciliato a _____ Via/Piazza _____ n° _____

Tel. Ufficiale. di riferimento _____ (Parente o persona che esercita la funzione di tutela) Sig. _____

Recapito al quale inviare ogni comunicazione in merito _____

Già seguito da

Servizio sanitario.....	Servizio sociale
-------------------------	------------------

CHIEDE

Di essere sottoposto a Valutazione Multidimensionale per la definizione di un progetto di cura. Le possibili risposte assistenziali sono le seguenti:

- Cure domiciliari
- Servizio di telesoccorso e teleassistenza
- Assegno di servizio
- Affidamento intra ed etero familiare
- Inserimenti in centro diurno Alzheimer
- Inserimenti in centro diurno per anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti
- Ricovero in struttura residenziale

E' data facoltà agli interessati indicare eventuali opzioni di scelta.

e **DICHIARA** la propria disponibilità a sottoporsi agli accertamenti diretti a verificare l'esistenza di situazioni e/o requisiti previsti dalla vigente normativa riguardante interventi socio-sanitari a favore di adulti ed anziani non autosufficienti.

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

N. B. In caso di variazione di domicilio, ricovero ospedaliero, decesso, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria dell'U.V.G. tel.

L'operatore che ha raccolto la domanda _____

Data _____

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

(Firma dell'interessato o Firma del Tutore
o Firma del Parente indicando il grado di parentela *)

**Nell'ordine possono sottoscrivere la richiesta, secondo quanto previsto dalla D.P.R. 445/2000, il coniuge, in mancanza i figli, in mancanza il parente in linea retta o collaterale fino al 3° grado per impedimento temporaneo dell'interessato dovuto a motivi di salute*