

Prime indicazioni attuative su fondo famiglia, fondo non autosufficienza e dgr sull'autismo

2014-02-13 13:02:59 Valentina Ghetti



La circolare

Si tratta di una circolare ampia, che fornisce prime indicazioni sull'attuazione delle misure previste dalle diverse delibere regionali emanate sin qui:

- quelle relative al fondo famiglia (residenzialità leggera, rsd-rsa aperte, residenzialità per minori con gravi disabilità ecc..) riferite alla [dgr 856/2013](#);
- quelle relative al sostegno delle famiglie con persone affette da autismo o DGS, della [dgr 392/2013](#);
- e infine quelle riferite al fondo non autosufficienza della [dgr 740/2013](#).

Prime indicazioni che si sono rese necessarie a seguito di alcuni elementi di criticità riscontrati in fase di avvio delle misure. Nel definirle "prime" ci si riferisce all'idea che il monitoraggio regionale del percorso applicativo possa progressivamente fornire ulteriori indicazioni migliorative.

Per ognuna delle misure previste dalle tre dgr, la circolare fornisce indicazioni che forniscono precisazioni in riferimento a:

- a) target da considerare prioritario e condizioni di accesso
- b) strumenti valutativi da adottare e soglie da considerare per l'accesso alla misura
- c) tipologia di gestori candidabili all'erogazione della misura
- d) tempi di applicazione
- e) specifiche sulla rendicontazione (cosa rientra nella misura e cosa no) e sul monitoraggio

Le indicazioni sulla dgr 856 sul Fondo Famiglia

Vengono date prime indicazioni generali sul processo di presa in carico, declinandone il flusso di realizzazione (rif. sezione 1 della circolare, pp. 11-13). Per una sintesi si veda l'allegato.

Vengono poi fornite indicazioni attuative sulle singole misure previste dalla dgr, qui di seguito se ne riporta una sintesi finalizzata a fornire una guida alla lettura della circolare e un quadro complessivo delle indicazioni fornite. Tale sintesi non è da considerarsi esaustiva, si invita pertanto alla consultazione delle specifiche sezioni di interesse per avere informazioni complete.

Misura	Target prioritario	Gestori	Scala/strumento valutativo e soglie	Altre indicazioni
<u>Residenzialità leggera</u> Sez 2.1 p.13	Personae anziane parzialmente non autosufficienti o fragili, collocate nel proprio domicilio o in case albergo/mini alloggi protetti. Non accedono persone in rsa, rsd o altre residenze	Rsa per p.l. non a contratto Case albergo Alloggi protetti Strutture sperimentate come u.o. innovative da dgr 3239/2012	Scheda orientamento su ADI/SPER e accedono soggetti con punteggi fino a 4	Possono accedere anche a ADI
<u>Residenzialità per minori con gravissima disabilità</u> Sez 2.2 p.13-14	Minori già in carico nelle sperimentazioni previste da dgr 3239/2012 e proseguite con dgr 499/2013	Rsd per p.l. non a contratto Strutture con requisiti da CSS Strutture sperimentate come u.o. innovative da dgr 3239/2012	Strumento SIDI Accedono minori in classe 1	Raccordo con struttura ospedaliera e Asl per gestione emergenze
<u>RSA/RSD aperta</u> Sez 2.3 pp.14-15	Personae anziane, al domicilio, affette da Alzheimer o da altra forma di demenza certificata (anche precoce) e caratterizzata da fragilità della rete familiare e sociale. Non possono essere beneficiari delle misure dgr 740	Rsa e Rsd accreditate	Certificazione della demenza + scala RSS (Relative Stress Scale) con punteggio maggiore di 31	Se già beneficiari di Adi, le prestazioni non si devono sovrapporre.
<u>Sensibilizzazione ed informazione della popolazione sul GAP (gioco d'azzardo)</u>	Le Asl entro il 31 gennaio devono predisporre <i>Piano Locale di Prevenzione</i> comprendente: a) Interventi di prevenzione specifici b) Interventi di sensibilizzazione rivolti alla generalità della popolazione (nei contesti scolastici, luoghi di lavoro, ambiti di aggregazione) c) Attività informative a target selezionati sui			

patologico) – Sez 2.4 pp.15-16	trattamenti e gruppi di auto mutuo aiuto) Attività formative e informative (a esercenti, ass. di consumatori e utenti, polizia locale, operatori vari...)			
Misura	Target prioritario	Gestori	Scala/strumento valutativo e soglie	Altre indicazioni
<u>Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da GAP</u> (gioco d'azzardo patologico)Sez 2.4 pp.16-17	Person e che accedono direttamente al Dipartimento dipendenze ASL per la valutazione – si privilegia cioè l'accesso spontaneo	Sert e Smi eventualmente in raccordo con Consultori famigliari accreditati	Uno tra i seguenti strumenti:DSM V con 4 o più condizioni indicateSOGS con punteggio uguale o superiore a 5PGSI con punteggio uguale o maggiore di 8	
<u>Comunità per minori</u> Sez 2.5 pp. 17-18	Minori collocati in comunità a cui sono assicurati interventi e prestazioni sociosanitarie quali- sostegno psicologico, psicoterapeutico, sociale, educativo, tutelare- accompagnamento e consulenza specialistica nelle fasi processuali	Comunità educative, Comunità familiari e Alloggi per l'autonomia (non comunità terapeutiche per dipendenze né per patologie neuropsichiatriche)	Decreto dell'Autorità giudiziaria, eventuale procedimento penale nei confronti del genitore, Pei con evidenza delle prestazioni di natura sociosanitaria	

Le indicazioni sulla dgr 329 riferita in particolare ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico

Vengono fornite indicazioni sul processo di presa in carico in particolare in riferimento alle attività per la gestione del caso:

- informazione, orientamento e accompagnamento della famiglia e della persona con disabilità;
- consulenza alle famiglie ed agli operatori della rete dei servizi territoriali, sociali e sociosanitari, per la disabilità;
- sostegno alle relazioni familiari;

- predisposizione del Progetto Individuale in cui vengono prefigurati gli interventi da garantirsi attraverso la rete dei servizi alla persona disabile ed alla sua famiglia;
- raccordo e coordinamento dei diversi attori del sistema dei servizi;
- messa a disposizione di spazi/operatori per favorire l'incontro tra le famiglie, lo scambio di esperienze ed il reciproco aiuto.

Si indica inoltre che il Pei può essere elaborato sia dall'Asl che da soggetti individuati tra coloro che collaborano alla gestione del caso.

Le indicazioni sulla dgr 740 sul fondo non autosufficienza

Si richiama la rilevanza degli accordi ASL – Comuni/Ambiti finalizzata alla presa in carico globale della persona e alla creazione di un'anagrafica dei beneficiari.

Si definiscono indicazioni sulle due specifiche misure finanziate dal fondo, quella riferita alle disabilità gravissime (B1) in capo alle Asl e quelle rivolte alla disabilità grave e alla non autosufficienza in capo ai Comuni/Ambiti.

Disabilità gravissime (B1)

Regole La misura è cumulabile alla B2 solo se previsto un progetto per la vita indipendente o per persone affette da malattie del motoneurone (SLA compresa) già beneficiari di interventi alla data di approvazione della dgr. La misura B2 in questi casi serve a remunerare prestazioni rese da assistenti personali regolarmente assunte (fino a un massimo di 800 euro).

Il buono è erogato senza limiti di reddito, l'Isee è richiesto solo a fini statistici

Valutazione La valutazione compete all'ASL, vengono precisati gli strumenti di valutazione da usare in riferimento alla patologia presente (cfr azione 1 pag.19)

Tempi Periodo di applicazione della misura ottobre 2013-ottobre 2014

-

Disabilità grave e non autosufficienza (B2)

Valutazione La valutazione compete agli Ambiti che si riferiscono alle équipe multiprofessionali presenti sul territorio

Target prioritario Persone anziane non autosufficienti in dipendenza vitale per cui non è prevista l'attivazione della misura b1 e persone disabili e anziane non frequentanti servizi sociosanitari diurni (CDD CDI)

Tempi Periodo di applicazione della misura novembre 2013-dicembre 2014

Programmazione Entro il 28 febbraio 2014 le Asl e gli Uffici di piano – nell'ambito delle Cabine di regia – dovranno predisporre il *Piano Operativo* quale strumento di programmazione congiunta della misura.

Il piano deve contenere

- a) Analisi della domanda
- b) Obiettivi di integrazione Asl Ambiti
- c) Strategie di integrazione sociale e sociosanitaria
- d) Strumenti per garantire l'integrazione

Il piano dovrà comprendere sia una sezione congiunta Asl e Uffici di piano che sezioni specifiche per ciascun UdP.

La Regione mette a disposizione un format Excel per agevolare l'elaborazione del piano operativo.

Serie Ordinaria n. 3 - Venerdì 17 gennaio 2014

Circolare regionale 15 gennaio 2014 - n. 1

Prime indicazioni attuative della d.g.r. n. 1185/2013 con specifico riferimento alle d.g.r. n. 856/2013, d.g.r. n. 392/2013 e d.g.r. n. 740/2013

INDICE

Premessa

Sezione 1 : Indicazioni relative all'attuazione della d.g.r. n. 856/2013

1. Indicazioni generali

- 1.1. Accesso, Valutazione e Progetto individuale
- 1.2. Presa in carico e redazione del Piano di assistenza individuale
- 1.3. Gestione del Piano di assistenza individuale
- 1.4. Rendicontazione e modalità di pagamento
- 1.5. Monitoraggio e controllo

2. Indicazioni per le singole misure

- 2.1. Misura 2 «Residenzialità leggera»: Interventi e prestazioni sociosanitarie rivolte a persone che presentano condizioni di fragilità che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria
- 2.2. Misura 3 «Residenzialità per minori con gravissima disabilità»: Interventi e prestazioni sociosanitarie di residenzialità di tipo continuativo per minori con gravissima disabilità
- 2.3. Misura 4 «RSA/RSD aperta» : Presa in carico integrata della persona affetta da demenza/Alzheimer da parte delle RSA e RSD in una logica multiservizi
- 2.4. Misura 5 «Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico»
 - 2.4.1. Azione 1: Sensibilizzazione ed informazione della popolazione
 - 2.4.2. Azione 2: Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico
- 2.5. Misura 6 «Comunità per minori»: Accoglienza e presa in carico di minori vittime di abuso/violenza/ maltrattamento

Sezione 2: Indicazioni per l'attuazione delle d.g.r. n. 392/2013 e d.g.r. n. 740/2013

1. Attuazione d.g.r. 392/2013 - «Sostegno alle famiglie con persone affette da Autismo o DGS»: Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico
2. Attuazione d.g.r. n. 740/2013 « Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo Nazionale per le non autosufficienze - Anno 2013 e alla d.g.r. 2 agosto 2013 n. 590. Determinazioni conseguenti»:
 - 2.1. Azione 1: Interventi di sostegno al domicilio delle persone con gravissima disabilità attraverso il supporto del caregiver familiare e/o dell' assistente personale
 - 2.2. Azione 2: Interventi di sostegno alle famiglie con persone affette da grave disabilità o non autosufficienti attraverso il supporto del caregiver familiare e/o dell' assistente personale o il potenziamento del Servizio di assistenza domiciliare

Allegati

1. Candidatura
2. Strumenti di valutazione

Premessa

Con d.g.r. n. 1185/2013 la Giunta ha definito il quadro generale delle regole di gestione del sistema sanitario e sociosanitario per l'anno 2014. In particolare:

- nell' Allegato 1 sono state delineate le linee evolutive del sistema sociosanitario;
- nell' Allegato 2 sono state definite specifiche azioni di integrazione tra l'Assessorato alla Salute e l'Assessorato alla Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato al fine di garantire risposte appropriate e integrate che pongano al centro del sistema la persona fragile e la sua famiglia nella sua integrità;
- nell' Allegato 4 vengono definite specifiche determinazioni relative al servizio sociosanitario a favore delle persone con cronicità nonché alle disposizioni contenute nelle d.g.r. n. 856/2013, d.g.r. n. 392/2013 e d.g.r. n. 740/2013 destinate a dare prima attuazione alla d.g.r. n. 116/2013.

In questa cornice dispositiva rientrano le misure di natura sia sociosanitaria da sostenere con le risorse del Fondo Sanitario Regionale (FSR), sia sociale finanziabili con le risorse del Fondo per le non Autosufficienze (FNA) 2013.

In via di prima applicazione delle dd.g.r. n. 856/2013, n. 392/2013 e n. 740/2013, si forniscono di seguito specifiche indicazioni anche alla luce delle problematiche rilevate ad oggi.

Nella Sezione 1 sono contenute le indicazioni relative all'attuazione della d.g.r. n. 856/2013:

- Misura 2 «Residenzialità leggera»;
- Misura 3 «Residenzialità per minori con gravissima disabilità»;
- Misura 4 «RSA/RSD aperta»;
- Misura 5 «Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico»;
- Misura 6 «Comunità per minori».

Nella Sezione 2 sono riportate le indicazioni operative per l'attuazione delle d.g.r. n. 392/2013 e d.g.r. n. 740/2013:

- Misura 1 «Sostegno alle famiglie con persone con grave e gravissima disabilità».

La circolare rappresenta un punto di partenza del percorso innovativo avviato con le dd.g.r. n. 856/2013, n. 392/2013 e n. 740/2013 e le indicazioni in essa contenute potranno essere aggiornate periodicamente in base alla realizzazione delle misure da parte delle ASL e degli Enti Gestori.

L'attività di monitoraggio che sarà attuata mediante le ASL, secondo tempi e modalità di seguito precisate per le diverse Misure, e il confronto costante tra Regione Lombardia, ASL, ANCI e altri attori coinvolti, ivi comprese le Associazioni di rappresentanza in ordine ai diversi ambiti di fragilità e le OO.SS., consentiranno di individuare eventuali aree di criticità per apportare in itinere le necessarie azioni migliorative.

Si sottolinea la rilevanza ai fini strategici della piena e corretta attuazione delle misure dettagliate nella presente circolare, che, oltre ad essere uno dei principali adempimenti in ambito sociosanitario, costituirà anche uno degli elementi di valutazione dei Direttori Generali delle ASL.

Sezione 1 Indicazioni relative all'attuazione della d.g.r. n. 856/2013

1. Indicazioni generali

Al fine di agevolare le persone nella scelta degli Enti erogatori e garantire agli stessi la possibilità di partecipare alla realizzazione delle misure previste, ad eccezione della misura 6 per la quale si rinvia al paragrafo 2.2., ciascuna ASL, qualora non abbia già provveduto, predisporre sul proprio sito istituzionale un avviso pubblico, distinto per ogni area di intervento, nel quale si invitano gli Enti gestori a proporsi per l'attuazione delle misure di cui sopra.

In fase di prima applicazione, le candidature devono essere presentate entro 15 giorni dalla pubblicazione dell'avviso pubblico, di cui al punto precedente, al fine di garantire alla persona tempi ragionevoli per l'attivazione del piano di assistenza individuale/ programma individualizzato.

Possono proporsi gli Enti gestori delle seguenti unità d'offerta:

1. RSA, per:

- Misura 2 «Residenzialità leggera»
- Misura 4 «RSA/RSD aperta»

2. CASE ALBERGO, per:

- Misura 2 «Residenzialità leggera»

3. ALLOGGI PROTETTI, per:

- Misura 2 «Residenzialità leggera»

4. RSD, per:

- Misura 3 «Residenzialità per minori con gravissima disabilità»
- Misura 4 «RSA/RSD aperta»

5. CSS, per:

- Misura 3 «Residenzialità per minori con gravissima disabilità»

6. SMI, SERT per:

- Misura 5 «Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico» del l'Azione 2 «Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico».

Gli Enti gestori che si propongono devono possedere i requisiti minimi di partecipazione di cui all'allegato C della d.g.r. n. 856/2013, presentando autocertificazione all'ASL territorialmente competente. Si precisa che ogni Ente gestore che si propone deve essere in grado di erogare tutti gli interventi/attività di cui alla misura specifica per cui si candida.

Verificato il rispetto dei requisiti per tutti i gestori che hanno presentato la propria adesione, le ASL costituiscono per ogni misura l'«Elenco degli Enti erogatori» che partecipano all'attuazione delle misure di cui alla d.g.r. n. 856/2013. Gli elenchi, pubblicati sul sito dell'ASL, sono consegnati alle persone insieme con il Progetto individuale e con l'esito della valutazione.

Gli Enti erogatori inseriti negli elenchi devono accettare le regole fissate dalla d.g.r. n. 856/2013 e successive modifiche e integrazioni e sottoscrivere il contratto di cui all'allegato D della medesima d.g.r. ad eccezione degli Enti che attueranno la Misura 6 «Comunità minori» che devono fare riferimento all'allegato E della medesima d.g.r.

Come specificato dalla d.g.r. n. 856/2013, le ASL sono titolari della *governance* di tutte le misure della presente sezione, con particolare riferimento a:

- governo dell'accesso ed erogazione degli interventi;
- valutazione e stesura del Progetto individuale di assistenza;
- stipula del contratto con gli Enti gestori;
- convenzione con i Comuni/Ambiti territoriali per la definizione dei rapporti giuridici ed economici derivanti dall'attuazione degli interventi a favore dei minori vittime di abuso/maltrattamento/violenza, accolti nelle strutture residenziali;
- monitoraggio e controllo costante degli interventi.

L'azione di *governance* delle ASL si sviluppa attraverso un costante lavoro di collaborazione con tutti gli attori operanti a livello territoriale, in particolare con i Comuni e le Aziende Ospedaliere, queste ultime a ciò tenute anche in relazione ai contenuti dei citati allegati 1 e 2 della d.g.r. n. 1185/2013.

Di seguito vengono fornite precise indicazioni in merito a:

- Accesso;
- Valutazione e Progetto individuale;
- Presa in carico e redazione del Piano di assistenza individuale;
- Gestione del Piano di assistenza individuale;
- Rendicontazione e modalità di pagamento;
- Monitoraggio e controllo.

Tali indicazioni valgono per tutte le misure ad eccezione delle Misure 5 «Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico» - Azione 1 «Sensibilizzazione ed informazione della popolazione» per le quali si rimanda ai relativi paragrafi specifici e 6 «Comunità per minori».

1.1. Accesso, Valutazione e Progetto individuale

Precondizione per l'accesso alle misure/azioni regolate dalla d.g.r. n. 856/2013 è la valutazione che considera gli aspetti sociosanitari e sociali, finalizzata alla scelta del percorso assistenziale più appropriato, anche a garanzia di un assorbimento di risorse coerente con i bisogni rilevati.

La valutazione è in capo all'ASL di residenza della persona che deve coinvolgere in tale percorso il Medico di Cure Primarie/Pediatra di Famiglia e altri soggetti con particolare riferimento al Comune per i profili di rilievo sociale e all'Azienda Ospedaliera per i profili di rilievo specialistico, valorizzando anche le esperienze in atto nel territorio, che hanno introdotto la figura dell'infermiere di famiglia.

Ciascuno dei soggetti coinvolti nelle attività di cui sopra, metterà a disposizione per la valutazione le proprie competenze e/o informazioni relative alla persona e al suo contesto familiare nonché, con particolare riferimento ai Comuni, le figure professionali sociali necessarie.

Entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta di presa in carico, l'ASL consegna alla persona richiedente:

- l'esito della valutazione;

Serie Ordinaria n. 3 - Venerdì 17 gennaio 2014

- il Progetto individuale predisposto sulla base della valutazione emersa (con allegata l'indicazione della misura/azione della DGR n. 856/2013 per la quale viene attivato il progetto, la durata dell'intervento e il relativo valore dello strumento previsto);
- l'elenco degli Enti erogatori.

La persona beneficiaria della misura sceglie un Ente erogatore (solamente uno), prioritariamente nell'Ambito dell'ASL di residenza e ne dà comunicazione a quest'ultima.

Per Progetto individuale si intende l'insieme delle indicazioni elaborate a seguito della valutazione.

Il Progetto individuale, in particolare:

- indica il soggetto responsabile della funzione di gestione del caso (ad esempio ASL, Comune, Ente erogatore, ecc.);
- definisce, nelle linee generali: gli obiettivi, le azioni, i tempi previsti e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati tenendo conto in maniera globale delle aspettative e delle priorità della persona e dei suoi familiari;
- indica il mix di prestazioni/interventi concordati con la persona e la sua famiglia.

Il Progetto individuale, deve:

- essere condiviso con la persona/famiglia;
- essere sottoscritto dalla persona/famiglia;
- essere comunicato al Medico di Cure Primarie/Pediatra di Famiglia;
- riportare il valore del voucher assegnato.

Qualora le condizioni della persona e di contesto mutino, il Progetto individuale deve essere rivisto.

Per ciascuna delle misure/azioni indicate in questa sezione per le quali è prevista la valutazione vengono individuati, in via di prima applicazione, gli strumenti da utilizzare.

Per il dettaglio sugli strumenti, si rimanda ai paragrafi successivi, specifici per ogni azione/misura.

Per implementare le attività valutative da parte delle ASL sono stanziati risorse pari a € 1.300.000.

1.2. Presa in carico e redazione del Piano di assistenza individuale

L'interessato, o un suo rappresentante, consegna all'Ente erogatore prescelto:

- l'esito della valutazione;
- il Progetto individuale predisposto sulla base della valutazione.

L'Ente prescelto garantisce la presa in carico della persona e della sua famiglia svolgendo, qualora ciò non sia già attuato da altri operatori della rete dei servizi, le funzioni di *Responsabile del caso*, di consulenza e di accompagnamento (ad esempio: rapporto con i servizi, supporto per pratiche burocratiche, ecc.).

Entro 5 giorni lavorativi dalla consegna della documentazione, l'Ente gestore scelto deve redigere il Piano di Assistenza Individuale (PAI), secondo quanto previsto dal Progetto Individuale predisposto dall'équipe dell'ASL, previa informazione del Medico di Cure Primarie/Pediatra di Famiglia.

Il PAI deve essere consegnato in copia all'interessato che lo deve sottoscrivere.

1.3. Gestione del Piano di assistenza individuale

La realizzazione del Progetto individuale si concretizza con l'avvio del PAI (Piano di Assistenza Individuale) che può avere una durata massima di sei mesi, fermo restando la coerenza con le tempistiche e gli obiettivi/interventi previsti dal Progetto individuale, compatibilmente con le risorse disponibili.

Il PAI deve contenere il dettaglio delle prestazioni/interventi previsti.

Se durante la realizzazione del PAI emergono variazioni nelle condizioni della persona assistita (quali ad esempio: dimissione successiva ad un ricovero ospedaliero/riabilitativo) o della sua famiglia (ad esempio: la famiglia, a seguito di modifica delle condizioni dei membri, necessità di un maggiore sostegno) deve essere effettuata una nuova valutazione da parte della ASL. A seguito della nuova valutazione l'ASL aggiorna il Progetto individuale e l'Ente erogatore predisponde un nuovo PAI, previa chiusura di quello in corso e relativa richiesta di liquidazione dello stesso.

Qualora il progetto individuale abbia durata inferiore a sei mesi, alla scadenza del Piano di assistenza individuale, se le condizioni della persona e le risorse lo consentano, l'Ente erogatore può richiedere all'ASL l'attivazione di un nuovo PAI, l'ASL valuta la richiesta ed eventualmente aggiorna il Progetto individuale.

Il PAI può essere sospeso per diversi motivi quali, a titolo esemplificativo, ricovero in struttura ospedaliera/riabilitativa, soggiorno di vacanza, ecc.. I periodi di sospensione possono essere recuperati tenendo conto che, in ogni caso, il voucher va utilizzato entro il 31 dicembre 2014. L'Ente gestore darà comunicazione di tali sospensioni all'ASL.

Il PAI può essere interrotto anticipatamente rispetto alla scadenza prevista per motivazioni diverse, ad esempio: volontà della persona/famiglia, venir meno delle condizioni che hanno determinato il Progetto, ecc..., in questo caso l'Ente gestore ne darà immediata comunicazione all'ASL.

Nel caso di cambio di residenza all'interno del territorio regionale lombardo, la persona deve darne comunicazione sia all'ASL di originaria residenza, sia all'ASL di nuova residenza, sia all'Ente gestore.

In questo caso le ASL interessate devono ricordarsi per la trasmissione e la ricezione della documentazione relativa alla persona nonché per disporre la continuità dell'intervento.

1.4. Rendicontazione e modalità di pagamento

Ferma restando la cadenza almeno trimestrale delle rendicontazioni relative alle misure attuative della DGR n. 856/2013, possono essere concordemente definite tra ASL ed Ente erogatore, in sede di stipulazione del contratto, scadenze di rendicontazione che salvaguardino il principio di economicità delle risorse organizzative sia delle ASL che degli Enti Erogatori.

Per quanto riguarda la rendicontazione ai fini della fatturazione del contributo per la misura «Comunità per Minori» si rimanda alla Convenzione artt. 5, 6, 7 dell'allegato E della DGR n. 856/2013.

La liquidazione del voucher è in capo alle ASL secondo le modalità e tempistiche previste dagli allegati D ed E (limitatamente alla misura «Comunità minori» della DGR n. 856/2013).

Per la Misura 5 - Azioni 1 e 2 - si rimanda agli specifici paragrafi.

La rendicontazione economica delle misure è effettuata attraverso il sistema dei flussi informativi che verrà definito con successiva circolare della DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato entro il 31 Gennaio 2014.

1.5. Monitoraggio e controllo

Le attività svolte in attuazione delle misure/azioni previste dalla d.g.r. n. 856/2013 sono soggette a monitoraggio da parte dell'ASL e della Regione Lombardia, pertanto, l'ASL rendiconta trimestralmente le attività per le quali è responsabile (ad esempio valutazione) nonché le attività svolte dagli Enti gestori (ad esempio prestazioni/n. giornate erogate/voucher).

Le ASL di ubicazione delle strutture svolgeranno attività di vigilanza e controllo di appropriatezza su quanto svolto dagli Enti gestori, coerentemente con quanto previsto dall'Allegato C della d.g.r.n. 856/2013.

L'ASL di residenza della persona interessata, in caso di mobilità della stessa, trasmette all'ASL di ubicazione della struttura la documentazione inerente la valutazione e il progetto individuale, necessaria per l'effettuazione delle attività di controllo di appropriatezza previste.

Di norma, tale regola vale per la Misura 2, Residenza leggera, la Misura 3 Residenza per minori con gravissima disabilità e la Misura 5 - Azione 2, Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico. Fa eccezione a quanto sopra la Misura 6 «Comunità per minori» per la quale la verifica delle prestazioni assicurate da parte della struttura di accoglienza resta in capo al Comune/Ufficio di Piano di residenza del minore in qualità di affidatario/tutore istituzionale, fermo restando il controllo di appropriatezza previsto dalla DGR n. 1185/2013, in capo alle ASL.

2. Indicazioni per le singole misure

2.1. Misura 2 «Residenza leggera»: Interventi e prestazioni sociosanitarie rivolte a persone che presentano condizioni di fragilità che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione sociosanitaria

Accesso, Valutazione e Progetto individuale

La misura è rivolta a persone fragili anziane o disabili. In via di prima applicazione si ritiene di indirizzare tale misura a favore di persone anziane, in condizioni di parziale autosufficienza e di fragilità, che provengono dal proprio domicilio, o da Case albergo o da Mini alloggi protetti regolarmente in esercizio. Non possono accedere a tale misura le persone già ospiti di RSA/RSD o persone ospiti di strutture non regolarmente inserite nella rete.

Le persone già in carico alle sperimentazioni ex d.g.r.n. 3239/2012, in prosecuzione sino al 31 gennaio 2014 come previsto dalla d.g.r.n. 499/2013, hanno, in questa fase iniziale, priorità di accesso a tale misura con attenzione a garantire anche la continuità di presa in carico da parte del medesimo ente erogatore.

La valutazione relativa agli aspetti socio-sanitari dei soggetti destinatari di tale misura, fermo restando quanto già esplicitato nella premessa e nelle indicazioni di carattere generale, è effettuata attraverso la scheda di «Orientamento» presente su ADI/SPER, articolata in 8 domande, che presuppongono una risposta su 4 livelli di gravità: assente o lieve, moderato, grave, molto grave. Ad ogni livello di gravità, in relazione alla specifica domanda, è associato un punteggio.

L'ASL dovrà indicare nella sezione «Utente» di ADI/SPER la tipologia di utente per la quale si sta effettuando la valutazione.

Le persone destinatarie di questa misura sono «di norma» coloro che ottengono un punteggio fino a 4.

La valutazione sociale verifica l'esistenza, la consistenza e la tenuta della rete familiare e sociale.

Per la definizione del Progetto individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

Le persone destinatarie di questa azione possono accedere anche all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), per necessità assistenziali contingenti e riconducibili al servizio.

Presa in carico e redazione del Piano di assistenza individuale

Per la presa in carico e redazione del Piano di assistenza individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare, Sezione 1.

Gestione del Piano di assistenza individuale

Per Gestione del Piano di assistenza individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

Rendicontazione e modalità di pagamento

Per le attività di rendicontazione e le modalità di pagamento si precisa che:

- deve essere remunerata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione;
- per i periodi di assenza, deve essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita;
- non è remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura. Se tuttavia il decesso o la dimissione per altra causa interviene nello stesso giorno dell'ammissione in struttura, la giornata è remunerata;
- è prevista la remunerazione a carico del FSR delle assenze dell'utente entro il limite massimo di 10 giorni consecutivi di assenza nel periodo di durata del PAI;
- nel caso di ricoveri ospedalieri, la remunerazione viene garantita solo a condizione che l'Unità d'Offerta assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziale integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali prestazioni deve essere data evidenza nel Fascicolo personale.

Per le tempistiche e gli strumenti di rendicontazione si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

Monitoraggio e controllo

Relativamente a questo tema si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

Partecipazione degli Enti gestori all'attuazione della Misura 2 di cui alla d.g.r.n. 856/2013

Per la misura «Residenza leggera» possono candidarsi gli Enti gestori delle seguenti unità d'offerta:

- RSA per posti letto non a contratto (abilitati all'esercizio o accreditati);
- Case Albergo (strutture già in funzione, autorizzate ex l.r. 1/86, abrogata con l.r. 3/08 oppure abilitate all'esercizio);
- Alloggi protetti per anziani, abilitati all'esercizio;
- Strutture attivate all'interno delle sperimentazioni ai sensi della ex d.g.r. 3239/2012.

2.2. Misura 3 «Residenza per minori con gravissima disabilità»: Interventi e prestazioni sociosanitarie di residenzialità di tipo continuativo per minori con gravissima disabilità

Accesso, Valutazione e Progetto individuale

L'attivazione dei processi relativi a tale misura dipende dalla provenienza del minore.

Infatti, se il minore si trova al suo domicilio, la famiglia presenta all'ASL di residenza la documentazione sanitaria attestante la diagnosi e le condizioni di disabilità del minore.

In caso di provenienza del minore da struttura ospedaliera o riabilitativa, quest'ultima deve trasmettere all'ASL, prima delle dimissioni, la documentazione sanitaria al fine di garantire la continuità assistenziale.

In via di prima applicazione, i minori già in carico alle sperimentazioni ex d.g.r.n. 3239/2012, in prosecuzione sino al 31 gennaio 2014 come previsto dalla d.g.r.n. 499/2013, hanno priorità di accesso a tale Misura con attenzione a garantire anche la continuità di presa in carico da parte del medesimo ente erogatore.

La valutazione sociosanitaria dei minori destinatari di tale misura, tenuto conto di quanto già esplicitato nella premessa e nelle indicazioni di carattere generale valide per tutte le misure, è effettuata attraverso lo strumento SIDi (Scheda Individuale della persona disabile). I destinatari sono i minori che risultano collocati in classe 1.

Serie Ordinaria n. 3 - Venerdì 17 gennaio 2014

Per la definizione del Progetto individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

Presenza in carico e redazione del Piano di Assistenza individuale

Per la presa in carico e redazione del Piano di Assistenza individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

Gestione del Piano di assistenza individuale

Per la gestione del Piano di assistenza individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

Fermo restando quanto già esplicitato nella premessa e nelle indicazioni di carattere generale è necessario che l'unità d'offerta residenziale garantisca il raccordo con la struttura ospedaliera e l'ASL per far fronte alle situazioni di emergenza, eventualmente facendo ricorso anche alla telemedicina.

Rendicontazione e modalità di pagamento

Per le attività di rendicontazione e monitoraggio e per le modalità di pagamento si precisa che:

- deve essere remunerata solo la giornata di accettazione e non quella di dimissione;
- per i periodi di assenza, deve essere pagata solo la giornata di rientro e non quella di uscita;
- non è remunerata la giornata di dimissione, neanche in caso di decesso in struttura. Se tuttavia il decesso o la dimissione per altra causa interviene nello stesso giorno dell'ammissione in struttura, la giornata è remunerata;
- è prevista la remunerazione a carico del FSR delle assenze dell'utente entro il limite massimo di 10 giorni consecutivi di assenza nel periodo di durata del PAI;
- nel caso di ricoveri ospedalieri, la remunerazione viene garantita solo a condizione che l'Unità d'Offerta assicuri, all'ospite ricoverato, prestazioni di carattere assistenziale integrative e/o sostitutive dei famigliari. Di tali prestazioni deve essere data evidenza nel Fascicolo personale.

Per le tempistiche e gli strumenti di rendicontazione si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

Monitoraggio degli interventi

Relativamente a questo tema si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

Partecipazione degli Enti gestori all'attuazione della Misura 3 di cui alla d.g.r. n. 856/2013

Per la misura «Residenzialità per minori con gravissima disabilità» possono candidarsi gli Enti gestori delle seguenti unità d'offerta:

- RSD per posti letto non a contratto (abilitati all'esercizio/accreditati);
- Strutture di tipo residenziale abilitate all'esercizio con requisiti corrispondenti a quelli già previsti per le CSS;
- Strutture attivate all'interno delle sperimentazioni ai sensi della ex d.g.r. n. 3239/2012.

2.3. Misura 4 «RSA/RSD aperta»: Presa in carico integrata della persona affetta da demenza/Alzheimer da parte delle RSA e RSD in una logica multiservizi**Accesso, Valutazione e Progetto individuale**

Destinatari della presente azione sono le persone di norma anziane, al proprio domicilio, affette da Malattia di Alzheimer o da altra forma di demenza certificata e caratterizzate da una documentata situazione di fragilità della rete di supporto familiare e sociale, senza escludere casi di Malattia di Alzheimer o altra forma di demenza precoce. La certificazione di demenza/Alzheimer deve essere effettuata dalle Unità di Valutazione Alzheimer o dal medico specialista neurologo/geriatra operante in struttura accreditata. Si precisa che non sono destinatarie della misura le persone con patologia psichiatrica.

In via di prima applicazione, la misura è destinata alle persone che non usufruiscono di altri servizi della rete sociosanitaria, ad eccezione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Per l'accesso alla misura, l'ASL prende atto della demenza certificata, come sopra indicato, e valuta la fragilità del contesto familiare applicando alla persona che assiste il soggetto fragile la scala RSS (Relative Stress Scale). Accede ai servizi la persona fragile il cui assistente ha ottenuto con questa scala un punteggio maggiore di 31.

Per la definizione del Progetto individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

Al fine di garantire un uso razionale e integrato delle risorse, qualora la persona sia in carico al servizio ADI o richieda prestazioni previste dal servizio l'ADI, le ASL, nel predisporre il Progetto individuale, verificano che:

- le prestazioni erogabili con tale misura non si sovrappongano alle le prestazioni erogate in ADI dove questa sia già attivata;
- le prestazioni richieste nell'ambito di tale misura non siano erogabili attraverso l'ADI.

Il Progetto individuale è dato dall'individuazione degli interventi necessari a rispondere ai bisogni della persona/famiglia, che saranno poi declinati dall'erogatore nel Piano di assistenza individuale. Nello specifico, per questa misura, è riconoscibile un voucher mensile di € 500 per la durata massima di 6 mesi, in questa fase di prima applicazione. In ogni caso l'ammontare complessivo del voucher non può essere superiore a € 3.000.

I beneficiari della Misura «RSA/RSD aperta» non possono essere contemporaneamente beneficiari della Misura 1 - Azione 3 Interventi di sostegno alle famiglie con persone affette da grave disabilità o non autosufficienti attraverso il supporto dell'assistente familiare e/o dell'assistente personale o il potenziamento del Servizio di assistenza domiciliare (d.g.r. n. 740/2013).

Presenza in carico e redazione del Piano di assistenza individuale

Per quanto concerne la «Presenza in carico e redazione del Piano di assistenza individuale», si rimanda alle indicazioni generali della presente circolare Sezione 1.

In particolare, il PAI è la traduzione operativa del Progetto individuale, pertanto prevede tutte le prestazioni necessarie, quindi comprese quelle che eventualmente eccedono il valore del voucher, rivolte al supporto della famiglia e interventi diretti alla persona, secondo quanto definito dal Progetto individuale e declinate nella seguente tabella con le rispettive valorizzazioni economiche.

INTERVENTI E PRESTAZIONI A SOSTEGNO DELLA PERSONA / FAMIGLIA	VALORE DI RIFERIMENTO €	
Interventi medico specialistici (geriatra, neurologo psicologo)	50,00	per accesso (almeno di 1 ora)
Interventi infermieristici e riabilitativi non ricompresi nel PAI ADI	30,00	per accesso (almeno di 1 ora)
Interventi di addestramento dell'assistente / badante della persona, o del familiare accudente	40,00	almeno 1 ora
Interventi di ricovero semiresidenziale	30,00	a giornata (più di 4 ore)
Interventi di ricovero residenziale	55,00	a giornata (di 24 ore)
Interventi tutelari al domicilio	20,00	almeno 1ora
Assistenza di base al domicilio	100,00	a giornata (12 ore)
Auto mutuo aiuto	25,00	per seduta di almeno ore 1.30

Sulla base delle prime evidenze, emerse a seguito dell'avvio delle attività, potranno essere individuati dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato ulteriori elementi indirizzati a facilitare sia l'attività di rendicontazione delle prestazioni sia l'attività di controllo delle ASL.

Gestione del Piano di assistenza individuale

Per la gestione del Piano di assistenza individuale si rimanda al paragrafo generale della presente circolare Sezione 1.

L'Ente gestore che prende in carico la persona deve tracciare su un unico diario assistenziale tutte le attività erogate e per ciascuna, registrare la data di effettuazione della prestazione/l'ora di accesso e di uscita, la firma del redattore e della persona/famiglia.

Rendicontazione e modalità di pagamento

L'Ente gestore rendiconta all'ASL tutte le prestazioni erogate a domicilio e/o presso la struttura, nonché le giornate di ricovero residenziale o semiresidenziale, secondo le schede di rendicontazione che saranno successivamente inviate.

Sono oggetto di rendicontazione anche le eventuali prestazioni eccedenti l'ammontare complessivo del voucher (Euro 3000) che restano a totale carico della persona/famiglia.

L'ASL remunera il voucher per le prestazioni effettivamente erogate dall'Ente tenendo conto del valore complessivo assegnato risultante dal Progetto individuale e di quanto contenuto nella DGR n. 1185/2013 nell'Allegato 4, capitolo 2, punto H e considerando come valore unitario quello riportato nella tabella sopra.

Per le tempistiche e gli strumenti di rendicontazione si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

Monitoraggio e controllo

Relativamente a questo tema si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

Partecipazione degli Enti gestori all'attuazione della Misura 4 di cui alla d.g.r. n. 856/2013

Per la misura «RSA/RSD aperta» possono candidarsi gli Enti gestori delle seguenti unità d'offerta:

- RSA accreditate;
- RSD accreditate.

Le RSA/RSD accreditate che si sono candidate per l'attuazione di tale misura possono svolgere le attività anche in convenzione con i CDI accreditati in comuni in cui non sia presente una RSA e nell'ambito dello stesso distretto di ubicazione della struttura.

2.4. Misura 5 «Preso in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico»

2.4.1. Sensibilizzazione ed informazione della popolazione

In relazione alla buona riuscita di questa Azione e in coerenza con la Legge Regionale n. 8/2013, risulta particolarmente rilevante:

- la partecipazione alla Rete Locale Prevenzione Dipendenze, già attiva a livello ASL e l'integrazione con il Piano Locale di Prevenzione dei diversi soggetti istituzionali e non, coinvolti nella sensibilizzazione, informazione e prevenzione del gioco d'azzardo patologico (GAP);
- la capillarità delle attività di sensibilizzazione che devono coinvolgere concretamente gli Amministratori Locali, per rinforzare i processi in atto e ottimizzare l'utilizzo delle risorse in campo.

Le ASL, tramite i Dipartimenti Dipendenze, procedono entro il 31 gennaio 2014 alla definizione del Piano complessivo di intervento, formalizzato con provvedimento del Direttore Generale, che deve comprendere le seguenti quattro azioni:

1. **interventi di prevenzione specifici:** interventi complessi, comprendenti diverse azioni (es. incontri rivolti a singoli o piccoli gruppi) che si sviluppano in un arco di tempo, non inferiore al bimestre, condotti da figure professionali socio-sanitarie e/o sociali e/o educative. Le attività sono realizzabili nei contesti scolastici, nel mondo del lavoro e presso gli ambiti di aggregazione, possono essere organizzate anche in collaborazione con i Consulenti familiari pubblici e privati accreditati, realizzate o direttamente dalle ASL con i propri servizi/équipe integrate/gruppi di lavoro già attivi in questi ambiti oppure attraverso Enti gestori di Unità di offerta accreditate nell'area dipendenze, centri di aggregazione giovanile, Enti locali ecc. Le azioni devono prevedere:

- gli obiettivi di impatto: specificazione degli aspetti quali-quantitativi relativi al/ai target di riferimento e della tipologia dell'intervento di prevenzione adottato;
- gli obiettivi di efficacia: cambiamenti nelle conoscenze, negli atteggiamenti e nei comportamenti dei destinatari ecc.;
- l'impianto del sistema di monitoraggio e prima valutazione degli esiti;

2. **interventi di sensibilizzazione rivolti alla generalità della popolazione:** attività, iniziative uniche o articolate, incontri rivolti a gruppi, condotti da figure professionali sociosanitarie e/o sociali, e/o esperti del fenomeno e delle sue implicazioni a livello giuridico, economico, sociale ecc. Queste iniziative possono essere supportate dalla distribuzione di materiale informativo e/o di documentazione, indirizzati alla diffusione e conoscenza del fenomeno;

Serie Ordinaria n. 3 - Venerdì 17 gennaio 2014

3. attività informative rivolte a target selezionati della popolazione sui trattamenti di cura esistenti e i gruppi di auto mutuo aiuto realizzati dalle ASL: iniziative strutturate di comunicazione sociale (anche con la realizzazione di materiale informativo ad hoc, supporti «persistenti», ad es. cartellonistica per ambulatori e farmacie, luoghi di passaggio ecc.) articolate strategicamente per raggiungere in modo mirato specifiche tipologie di destinatari, con attenzione prioritaria ai cosiddetti «testimoni privilegiati»;

4. attività formative/informative rivolte ad esercenti, associazioni di consumatori e utenti, polizia locale, sportelli welfare, operatori sociali, sociosanitari e sanitari. Queste attività devono essere articolate sulla base di programmi di intervento mirati alla tipologia dei destinatari rivolti a gruppi di max 30/40 partecipanti e condotti da figure professionali socio-sanitarie, sociali ed educative e/o esperti del fenomeno e delle sue implicazioni a livello giuridico, economico, sociale ecc. Esse devono inoltre prevedere obiettivi di apprendimento ed un adeguato sistema di monitoraggio e prima valutazione degli esiti. Per questo tipo di attività può essere prevista la realizzazione di sussidi/materiale didattico).

La definizione del Piano complessivo di intervento deve:

- Orientare in modo chiaro le attività nei quattro diversi livelli previsti, valorizzando per ciascuno gli indirizzi strategici contenuti nella d.g.r. n. 4225 del 25.10.12 «Piano Azione Regionale Dipendenze»;
- Curare l'adeguatezza metodologica e la coerenza delle azioni previste con i contenuti delle d.g.r. n. 6219 del 19.12.07 «Linee Guida prevenzione di tutte le forme di dipendenza nella popolazione preadolescenziale e adolescenziale» e nella d.g.r. n. 10158 del 16.09.09 «Linee Guida prevenzione di tutte le forme di dipendenza nella popolazione generale»;
- Prevedere l'integrazione di quanto programmato con i contenuti della programmazione preventiva di settore, elaborata secondo quanto previsto dalla d.g.r. n. 1999 del 13.07.11 «Rete Regionale e Reti Locali Prevenzione»;
- Sviluppare, in particolare nel contesto scolastico, azioni che integrino e rafforzino i programmi regionali già in atto (ad esempio LifeSkills Training, Unplugged), nonché altri programmi preventivi in linea con le indicazioni regionali nell'ambito della programmazione aziendale integrata in tema di promozione della salute e di prevenzione, secondo quanto condiviso a livello interistituzionale (come sancito dall'Accordo fra Regione Lombardia e Ufficio Scolastico Regionale sul «Modello di scuola lombarda che promuove salute») e territoriale (Reti provinciali delle Scuole che promuovono salute).

In tutte le azioni di prevenzione/informazione/sensibilizzazione/formazione di cui al Piano complessivo di intervento deve essere utilizzato il logo regionale.

Costi ammissibili

Per quest'azione i costi ammissibili sono:

- consulenze professionali di esperti relativamente a:
 - programmazione e coordinamento (max 10% del totale)
 - gestione degli interventi e azioni preventive (figure socio sanitarie/sociali ed educative)
- spese per la predisposizione di documentazione tecnico scientifica e realizzazione di campagne informative;
- spese per materiali e sussidi didattici (max 10 % del totale);
- costi per personale dipendente (eccedenti l'orario di lavoro).

Costi non ammissibili

- costi per personale dipendente (se non eccedenti i volumi di attività d'istituto);
- rimborsi spese viaggio e mezzi di trasporto;
- consulenze professionali in ambito clinico;
- attrezzature hardware e software;
- affitti spazi (che potranno essere oggetto di partnership con Enti locali, associazionismo ecc.).

Rendicontazione

Le ASL renderanno conto alla DG Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, le quattro azioni del Piano complessivo di intervento con apposita scheda riepilogativa, secondo quanto indicato nel paragrafo generale della Sezione 1.

2.4.2. Azione 2: Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico

Accesso e Valutazione

L'attivazione del processo relativo a tale azione potrà avvenire in via di prima applicazione attraverso l'accesso diretto della persona al Dipartimento dipendenze dell'ASL di residenza che opera una valutazione del bisogno.

Questa azione è rivolta sia alle persone già in carico sia a quelle di nuovo accesso e non è soggetta al pagamento del ticket.

Sempre in fase di prima applicazione della d.g.r. n. 856/2013, si ritiene opportuno che la valutazione per l'accesso a tale azione sia sperimentalmente effettuata mediante l'utilizzo di uno tra gli strumenti specifici qui sotto indicati:

- il DSM V (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders), dal momento della sua pubblicazione in edizione italiana. Accedono alla misura i giocatori patologici ovvero i soggetti per i quali viene riscontrata la presenza di 4 (o più) delle condizioni indicate dallo strumento di valutazione;
- il questionario SOGS (South Oaks Gambling Screen). Accedono alla misura le persone che risultano classificate come giocatori potenzialmente patologici e che pertanto ottengono un punteggio maggiore o uguale a 5;
- il PGSI (Problem Gambling Severity Index). Accedono alla misura le persone che risultano classificate come giocatori problematici ovvero chi consegue un punteggio maggiore o uguale a 8.

La valutazione è effettuata dall'équipe del Dipartimento delle Dipendenze.

Presa in carico e redazione del Programma individualizzato (PI)

La d.g.r. n. 856/2013 ha già recepito quanto stabilito dalla legge regionale n. 8/2013, ponendo in capo ai Servizi territoriali per le dipendenze e ai Servizi Multidisciplinari Integrati accreditati, le azioni relative alla presa in carico, all'accoglienza, alla diagnosi e al trattamento delle ludopatie.

Pertanto, a seguito della valutazione, la persona che deve essere presa in carico può scegliere, così come previsto dall'allegato C della d.g.r. 856/2013, di farsi assistere da una delle seguenti strutture presenti sul territorio dell'ASL di residenza:

- SerT
- SMI

eventualmente in raccordo con i Consultori familiari accreditati.

L'Ente gestore scelto definisce con la persona beneficiaria della misura/azione un Programma individualizzato coerente con la valutazione emersa. Il trattamento può coinvolgere anche i familiari.

Le prestazioni che possono essere erogate sono:

- quelle ambulatoriali definite dalla d.g.r. n. 20586/2005;

- quelle consultoriali di consulenza familiare e mediazione familiare definite dalla d.g.r. n. 4597/2012.

Le prestazioni ambulatoriali/consultoriali saranno valorizzate sulla base dei rispettivi tariffari vigenti.

Nell'ambito della collaborazione prevista dalla l.r. n. 8/2013 tra gli SMI/SERT e i Consulitori, le eventuali prestazioni di consulenza familiare e mediazione familiare definite dalla d.g.r. n. 4597/2012 sono erogate dai Consulitori, pertanto esse devono essere rendicontate nel flusso della presente misura a fini di controllo dell'effettiva realizzazione del Programma Individualizzato, ma sono remunerate a budget secondo quanto previsto dal tariffario di cui alla succitata d.g.r. n. 4597/2012 e non con le risorse allocate sulla presente misura.

Le sperimentazioni attuate da soggetti non ricompresi tra quelli previsti dalla legge regionale n. 8/2013 concluderanno i piani individualizzati delle persone in carico entro il 31 gennaio 2014, senza procedere a nuove accoglienze. SERT e SMI devono garantire la presa in carico delle persone che sono rientrate nelle sperimentazioni in corso ex d.g.r. n. 3239/2013. SERT e SMI dovranno ricordarsi con gli enti gestori delle sperimentazioni ai fini di garantire la continuità degli interventi mediante il voucher definito dalla d.g.r. n. 856/2013.

Gestione del Programma individualizzato

Il Programma individualizzato deve indicare il valore del voucher, dato dal mix di prestazioni e interventi necessari a rispondere ai bisogni della persona/famiglia. Nello specifico, per tale azione è riconoscibile un voucher mensile di valore pari a € 200 per la durata massima di 6 mesi in sede di prima applicazione. L'ammontare complessivo del voucher non può essere superiore a € 1.200.

Rendicontazione e modalità di pagamento

Gli SMI e i SERT rendiconteranno all'ASL le prestazioni effettuate attraverso un apposito flusso informativo che conterrà sia le prestazioni erogate da SERT/SMI sia le prestazioni erogate dai Consulitori.

Monitoraggio e controllo

Relativamente a questo tema si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

Partecipazione degli Enti gestori all'attuazione della Misura 5/Azione 2 di cui alla d.g.r. n. 856/2013

Per la misura 5/azione 2 «Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico» possono candidarsi gli Enti gestori delle seguenti unità d'offerta accreditate:

- SMI;
- SERT.

2.5. Misura 6 «Comunità per minori»: Accoglienza e presa in carico di minori vittime di abuso/violenza/ maltrattamento

Accesso, Valutazione e Progetto Quadro

I minori sono accolti presso le strutture residenziali a seguito di provvedimento di allontanamento dal nucleo familiare di origine disposto dall'Autorità giudiziaria minorile, per motivazioni riconducibili a fenomeni di abuso, violenza e/o maltrattamento, che necessitano di interventi di cura, assistenza e recupero anche terapeutico.

Si richiama la d.g.r. 23 dicembre 2004 n. 20100 «Linee guida per il riordino e l'orientamento dei servizi dedicati alla tutela dei minori vittime di violenza», in particolare il paragrafo 1 che individua le principali forme di maltrattamento, abuso e violenza, delineando un quadro di riferimento generale rispetto ad un fenomeno complesso le cui diverse manifestazioni non si presentano quasi mai separate o scindibili.

La tutela dei minori si sostanzia in processi e interventi complessi, che vedono coinvolti più soggetti differenti e che rivestono un ruolo specifico con relativi livelli di responsabilità nelle diverse fasi, finalizzati non solo all'erogazione di prestazioni e servizi volti alla tutela del minore, ma anche alla promozione dello sviluppo della persona verso il raggiungimento dell'autonomia possibile e del benessere.

In particolare, Enti Locali e ASL, preposti alla tutela del minore, cooperano, nel rispetto della titolarità delle funzioni loro attribuite dalla normativa, con l'obiettivo di garantire ai minori, qualunque sia il territorio di appartenenza, pari opportunità di accesso a interventi e prestazioni. I percorsi di presa in carico, condivisi sulla base del principio di corresponsabilità e comprensivi di interventi sociali, educativi, sociosanitari e sanitari, vengono realizzati sulla base di accordi e protocolli definiti territorialmente.

I servizi sociali e/o i Servizi Tutela Minori del Comune/Ambito, i servizi dell'ASL (servizi di valutazione o di intervento clinico specialistico laddove coinvolti) e gli altri soggetti coinvolti sul caso collaborano alla realizzazione del Progetto Quadro riferito al minore e alla sua famiglia. Il Progetto Quadro non è una semplice esplicitazione ed elencazione dei bisogni del minore ma, partendo da questi, è lo strumento che consente agli operatori di realizzare e sviluppare le azioni concrete ed integrate, anche relativamente alla valutazione delle capacità genitoriali e della recuperabilità dei genitori, nella convinzione che solo una gestione coordinata possa condurre ad una reale tutela del minore. Si tratta di un progetto personalizzato e multidimensionale, frutto di un lavoro in cui tutti i soggetti coinvolti pongono al centro il minore e le sue relazioni, in un'ottica di corresponsabilità.

Le unità di offerta sociali residenziali interessate dalla misura sono le Comunità Educative, le Comunità Familiari e gli Alloggi per l'Autonomia conformemente in esercizio ai sensi della DGR del 16 febbraio 2005 n. 20762. Sono da escludersi, dunque, le strutture residenziali che non rientrano in tale tipologia di unità di offerta sociale, quali ad esempio le Comunità Terapeutiche per dipendenze o per patologie di tipo neuropsichiatrico.

Nel caso si sia reso necessario il collocamento dei minori presso strutture residenziali ubicate sul territorio di altre Regioni, le stesse devono essere in esercizio secondo le disposizioni in vigore nella Regione di ubicazione.

Sono elementi costitutivi, ai fini della valutazione, il decreto dell'Autorità giudiziaria minorile, l'eventuale presenza di un procedimento penale nei confronti del genitore/i maltrattante/abusante, la relazione dei Servizi Sociali, il Progetto Educativo Individualizzato (PEI), formulato dalla struttura residenziale e condiviso con l'Ente Locale nel quale siano evidenziati gli interventi/prestazioni di natura sociosanitaria, sociale ed educativa ai fini del percorso di recupero, tutela e benessere psicofisico del minore, con l'evidenza delle prestazioni ed attività a rilevanza sociosanitaria assicurate al minore in rapporto a quelle tradizionalmente previste per la generalità dei minori ospiti dell'unità d'offerta.

Gestione del Progetto educativo individualizzato (PEI)

La definizione puntuale del Progetto Educativo Individualizzato (PEI) da parte della struttura residenziale è lo strumento che accompagna il percorso e la storia di ogni singolo minore accolto nella comunità. È redatto in forma scritta ed è verificato periodicamente nel rispetto degli obiettivi posti in fase di accoglienza e verificati/confermati/ridefiniti dopo il periodo di osservazione e costantemente monitorato tramite incontri di rete definiti a cadenza periodica.

Il PEI è comunicato al servizio sociale inviante che provvede alla validazione quale assunzione di corresponsabilità.

Il PEI definisce «chi fa che cosa» nell'interesse del minore accolto e le connessioni con il Progetto Quadro di competenza del servizio sociale inviante. Nel PEI dovranno essere esplicitamente indicate le attività di natura sociosanitaria, sociale, educativa e tutelare previste a favore del minore con l'evidenza delle prestazioni ed attività a rilevanza sociosanitaria assicurate al minore in rapporto a quelle tradizionalmente previste per la generalità dei minori ospiti dell'unità d'offerta.

Laddove non sussistano impedimenti motivati e assunti nell'interesse superiore del minore, il PEI è comunicato e condiviso con la famiglia d'origine e tiene conto del punto di vista del minore stesso garantendo il diritto all'ascolto ed alla partecipazione nelle forme e nelle modalità consone all'età del minore.

Serie Ordinaria n. 3 - Venerdì 17 gennaio 2014

A tal proposito, si richiama il d.d.u.o. 11 luglio 2011 n. 6317 «Indicazioni in ordine alla sperimentazione di requisiti di accreditamento per le unità di offerta sociali di accoglienza residenziale per minori» che, nell'Allegato A, individua il PEI tra i requisiti sperimentali di accreditamento.

Ai fini dell'attuazione della misura, il servizio sociale titolare della tutela, tramite l'Ufficio di Piano, dovrà aggiornare trimestralmente l'ASL sulla realizzazione del PEI.

Rendicontazione

La finalità della misura è quella di garantire un'adeguata presa in carico del minore e di ridurre i fattori di rischio, riconoscendo al Comune, cui egli è stato affidato, il minore un contributo per le prestazioni e gli interventi di natura sociosanitaria, garantiti dalla unità d'offerta residenziale che ospita il minore ed erogati da professionalità specialistiche, nell'ambito del Progetto Educativo Individualizzato (PEI) e rendicontati dal Comune stesso a seguito della acquisizione di una apposita certificazione da parte dell'unità d'offerta nella quale siano evidenziate le prestazioni assicurate al minore. Rientrano tra gli interventi e le prestazioni sociosanitarie, ai fini del percorso di recupero, tutela e benessere psicofisico del minore:

- sostegno psicologico, psicoterapeutico, sociale, educativo e tutelare effettuato da figure operanti nell'area psicologica, sociale ed educativa;
- accompagnamento e consulenza specialistica nelle fasi processuali.

Al fine di dare piena attuazione alla misura ed operatività alla convenzione, di cui all'allegato E della DGR del 25 ottobre 2013 n. 856, si ritiene opportuno omogeneizzare i tempi della rendicontazione delle presenze dei minori nelle strutture, stabilendo, in via di prima applicazione, il periodo 1 gennaio 2014 - 30 giugno 2014.

La rendicontazione delle giornate di presenza di ciascun minore dovrà essere effettuata trimestralmente dal Comune all'Ente capofila utilizzando l'apposito format predisposto dalla D.G. Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato. Si precisa che l'invio delle rendicontazioni a Regione Lombardia sarà a cura della ASL territorialmente competente, entro la data del 28 febbraio 2014.

Le modalità di rendicontazione e di liquidazione del contributo sono stabilite dalla Convenzione di cui all'Allegato E della d.g.r. n. 856/2013.

Ad integrazione di quanto previsto dall'Allegato E della d.g.r. n. 856/2013 per le modalità di rendicontazione e di liquidazione, si precisa che il contributo giornaliero di € 35,00:

- è riconosciuto per la giornata di ingresso e non per quella di dimissione;
- è riconosciuto nel caso di ricoveri ospedalieri solo a condizione che l'unità di offerta assicuri al minore prestazioni di carattere assistenziale. In tal caso, il Comune dovrà acquisire adeguata documentazione dalla struttura residenziale.

Monitoraggio e controllo

Relativamente a questo tema si fa riferimento a quanto previsto nel paragrafo generale della Sezione 1.

Sezione 2 Indicazioni per l'attuazione delle d.g.r.n. 392/2013 e d.g.r.n. 740/2013.**1. Attuazione d.g.r. 392/2013 «Attivazione di interventi a sostegno delle famiglie con la presenza di persone con disabilità, con particolare riguardo ai disturbi pervasivi dello sviluppo e dello spettro autistico**

Durata azione: 1 anno

Accesso, Valutazione e Progetto Individuale

L'attivazione dei processi relativi a tale misura avviene attraverso la presentazione alla ASL di residenza della diagnosi della persona effettuata dal medico specialista che attesti disturbi pervasivi dello sviluppo, con particolare riferimento ai disturbi dello spettro autistico.

Il progetto individuale è elaborato dall'ASL oppure dai soggetti da essa individuati che collaborano per la gestione del caso coerentemente a quanto previsto dalla d.g.r.392/2013.

Entro 15 giorni dalla richiesta di presa in carico, l'ASL e/o soggetti individuati dalla stessa, consegnano alla persona il progetto individuale.

Il progetto individuale deve contenere gli interventi da garantire alla persona/famiglia attraverso la rete dei servizi.

Il nucleo centrale dell'operatività di gestione del caso è costituito dalle seguenti attività:

- informazione, orientamento e accompagnamento della famiglia e della persona con disabilità;
- consulenza alle famiglie ed agli operatori della rete dei servizi territoriali, sociali e sociosanitari, per la disabilità;
- sostegno alle relazioni familiari;
- predisposizione del Progetto Individuale in cui vengono prefigurati gli interventi da garantirsi attraverso la rete dei servizi alla persona disabile ed alla sua famiglia;
- raccordo e coordinamento dei diversi attori del sistema dei servizi;
- messa a disposizione di spazi/operatori per favorire l'incontro tra le famiglie, lo scambio di esperienze ed il reciproco aiuto.

Eventuali altre attività possono essere comunque previste purché finalizzate a garantire la gestione del caso.

Rendicontazione e modalità di pagamento

Le ASL individuano le modalità di pagamento delle attività e predispongono gli strumenti di rendicontazione per gli enti coinvolti sulla base delle informazioni di monitoraggio richieste dalla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato

Monitoraggio

Le ASL trasmettono alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, entro il 31 gennaio 2014, il monitoraggio delle attività con gli strumenti e le tempistiche.

2. Attuazione DGR n. 740/2013 « Approvazione del programma operativo regionale in materia di gravi e gravissime disabilità di cui al fondo Nazionale per le non autosufficienze - Anno 2013 e alla DGR 2 agosto 2013 n. 590. Determinazioni conseguenti»**Indicazioni Generali per l'attuazione delle Misure**

Per la concreta attuazione della d.g.r.n. 740/2013 assume una particolare rilevanza il raccordo che l'ASL deve realizzare con gli Ambiti territoriali/Comuni. La qualità di questo raccordo costituirà la base per il coordinamento degli interventi e delle risorse, a garanzia di una presa in carico globale della persona e della sua famiglia. In questa prospettiva, risultano importanti le seguenti attività:

- l'informazione rivolta alle persone, svolta dall'ASL in raccordo con gli Ambiti territoriali/Comuni, e in collaborazione con le Associazioni di utenti/famiglie;
- la valutazione della persona fragile e del contesto familiare;
- lo scambio di informazioni tra ASL e Ambiti territoriali/Comuni sulle persone prese in carico e sugli interventi attivati, ciò anche in considerazione del fatto che gli Ambiti territoriali/Comuni dovranno rendicontare alle ASL in termini quali-quantitativi ed economici le attività svolte (come espressamente disposto dalla d.g.r. n. 740/2013, Allegato B).

Quanto sopra esplicitato va nella direzione di una forte integrazione ASL e Ambiti territoriali/Comuni con l'obiettivo di:

- favorire la presa in carico globale della persona fragile e della sua famiglia;
- *creare un'anagrafe dei beneficiari* in modo che le ASL e gli Ambiti territoriali/Comuni possano disporre delle informazioni complete degli interventi svolti sul territorio di riferimento.

Per la presentazione delle domande da parte delle persone /famiglie non è prevista l'emanazione di uno specifico «bando» per la Misura B1 ma è necessario dare evidenza di quanto disposto dalla DGR n. 740/2013 con avviso pubblico sui siti istituzionali delle ASL, degli Ambiti e dei Comuni.

La Misura B1 e B2 sono cumulabili esclusivamente nei seguenti casi:

- persone con gravissima disabilità (di cui alle lettere a) e c) della Misura B1 della d.g.r. n. 740/2013) per le quali sia indicato l'avvio di un progetto per la vita indipendente,
- persone affette da malattie del motoneurone, ivi compresa la SLA, già beneficiarie, alla data di approvazione della d.g.r. n. 740/2013, degli interventi di cui alla d.g.r. n. 4139/2012 (livelli C e D).

Nei casi sopra evidenziati la misura B2, fino ad un massimo di € 800, è attivabile, ad integrazione della misura B1, esclusivamente per remunerare le prestazioni rese da assistente personale/badante regolarmente assunto/a ed è determinata sulla base dei vigenti regolamenti comunali e tenendo conto dell'ISEE nazionale allorché sarà emanato.

2.1. Azione 1: Interventi di sostegno al domicilio delle persone con gravissima disabilità attraverso il supporto dell' assistente familiare e/o dell' assistente personale

Periodo di attuazione: ottobre 2013/ottobre 2014, in via di prima applicazione.

Accesso, Valutazione e Progetto Individuale

Per usufruire del buono mensile di € 1.000, la persona e/o il soggetto che ne esercita la tutela deve presentare richiesta all'ASL fornendo la documentazione clinica attestante la diagnosi e quella eventualmente prevista dall'ASL e dalla DGR n. 740/2013, Allegato B, qualora non già in possesso dell'ASL medesima.

Il buono è erogato senza limite di reddito.

La valutazione relativa agli aspetti sociosanitari dei soggetti destinatari di tale azione viene effettuata nel modo seguente:

1. persone di qualsiasi età affette da malattie del motoneurone, compresa la SLA: strumento già in uso presso le ASL per rilevare il profilo funzionale. Accedono coloro che hanno un livello di deficit grave - Colonna III o deficit completo - Colonna IV;
2. persone di qualsiasi età in stato vegetativo: strumento «Glasgow Coma Scale» (GCS). Accedono coloro che ottengono un punteggio uguale od inferiore a 10;
3. persone, con età inferiore ai 65 anni, con altre patologie, in condizione di dipendenza vitale e necessità di assistenza al domicilio continua nell'arco delle 24 ore che non accedono ai servizi sociali e sociosanitari, ad eccezione di assistenza domiciliare (SAD, ADI) e, in caso di minori, della frequenza scolastica. Queste persone, con profilo pari a 3 o 4 esitato dal sistema ADI/SPER senza tenere conto dell'apporto assistenziale reso dall' assistente, devono inoltre presentare associate tutte le seguenti condizioni (per i minori non si procede alla valutazione con ADI/SPER, ma si verifica la presenza associata di tutte le seguenti condizioni):
 - perdita di ogni autonomia motoria indipendentemente dalla patologia di base e assenza di autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana;
 - dipendenza totale - dall'accudente e/o da tecnologie assistive - nella funzione della respirazione o della nutrizione;
 - permanenza al domicilio con assistenza vigile effettuata da familiari e/o assistente personale nell'arco delle 24 ore, in quanto se la persona fosse lasciata sola sarebbe esposta a pericoli sostanziali.

Entro 15 giorni dalla richiesta di presa in carico da parte della persona, l'ASL deve consegnare all'interessato il progetto individuale coerentemente a quanto previsto dalla d.g.r. n. 740/2013 allegato B, contenente:

- l'esito della valutazione della persona;
- gli interventi da sostenere con il Buono mensile;
- le prestazioni assicurate dall'ADI;
- eventuali altre forme integrative per la risposta al bisogno (misure economiche di carattere assistenziale già erogate da Enti pubblici o privati);
- la condizione socio economica della persona (ISEE), ai soli fini statistici.

Dopo sei mesi dall'avvio del progetto, l'ASL può procedere ad una rivalutazione della persona.

Gestione del contributo

Il buono mensile previsto dalla Misura B1) di cui alla d.g.r. n. 740/2013, decorre:

- dal 1° ottobre 2013 per le persone, affette da malattia del motoneurone o in stato vegetativo, note all'ASL, in quanto già destinatarie al 27 settembre 2013, data di approvazione della d.g.r. n. 740/2013, di contributo oppure perché utenti del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (anteriormente al 29 settembre 2013);
- dalla data di presentazione della richiesta per le persone di nuovo accesso.

L'erogazione del contributo viene sospesa:

- per tutti i soggetti previsti dalla misura, in caso di accoglienza permanente in RSA, RSD o in Hospice;
- solo per le persone affette da malattia del motoneurone o in stato vegetativo, anche in caso di ricovero di sollievo;
- per tutti i soggetti previsti dalla misura in caso di trasferimento della residenza della persona in altra regione o decesso.

Monitoraggio

Trimestralmente le ASL trasmettono alla Direzione Generale Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato il monitoraggio delle attività attuate con tale azione con gli strumenti che saranno comunicati entro il 31 gennaio 2014.

2.2. Azione 2: Interventi di sostegno alle famiglie con persone affette da grave disabilità o non autosufficienti attraverso il supporto del caregiver familiare e/o dell' assistente personale o il potenziamento del Servizio di assistenza domiciliare

Periodo di attuazione: novembre 2013 - dicembre 2014 e secondo i principi e i vincoli del FNA.

Accesso e Valutazione

È opportuno che gli Ambiti Territoriali si avvalgano della valutazione a cura delle équipes pluriprofessionali operanti sul territorio, al fine di garantire l'omogeneità nell'erogazione delle misure stesse.

La misura B2, che prevede, tra i diversi interventi, l'erogazione di un buono mensile fino ad un massimo di € 800, sarà attivata per ciascuna persona a partire dalla verifica del possesso dei requisiti richiesti da parte del Comune/Ambito di residenza, disposti dagli stessi con propri regolamenti.

Serie Ordinaria n. 3 - Venerdì 17 gennaio 2014

Le risorse per la realizzazione da parte degli Ambiti Territoriali della Misura B2 sono riservate alle persone disabili gravi ed anziane non autosufficienti. Particolare attenzione dovrà essere data alle persone anziane non autosufficienti in dipendenza vitale per le quali non è prevista l'applicazione della misura B1 e alle persone disabili o anziane non autosufficienti non frequentanti servizi socio-sanitari diurni (CDD/CDI) a contratto.

L'erogazione delle risorse agli Ambiti territoriali da parte delle Aziende Sanitarie Locali sarà effettuata secondo le seguenti modalità:

- 30% delle risorse come anticipo per consentire l'immediata attivazione della misura;
- 50% delle risorse alla presentazione di un Piano Operativo;
- 20% delle risorse a saldo a seguito di monitoraggio delle azioni.

Piano Operativo

Il Piano Operativo costituisce lo strumento di programmazione che esplicita il fabbisogno territoriale, le modalità di integrazione tra ASL e Comuni, le modalità organizzative degli interventi e della loro attuazione, l'impiego delle risorse assegnate, in un'ottica sempre più condivisa ed integrata nell'ambito della Cabina di Regia ASL/Comuni, costituita in ciascuna ASL ai sensi della d.g.r. 27 giugno 2013 n. 326.

In particolare, il Piano Operativo deve prevedere la condivisione tra ASL e Uffici di Piano nell'ambito della Cabina di Regia che sviluppi almeno i seguenti aspetti:

- Analisi congiunta della domanda a livello del territorio dell'ASL;
- Obiettivi di integrazione tra ASL e Uffici di Piano per un reale sistema integrato di servizi e interventi;
- Strategie di integrazione sociale e sociosanitaria rispetto:
 - alla struttura organizzativa: già esistente (CeAD, PUA, ecc...) oppure di nuova istituzione se prevista;
 - ai processi operativi codificati della presa in carico del bisogno (fasi – attori - attività);
 - alla valutazione multidimensionale.
- Strumenti condivisi tra ASL e Uffici di Piano, quali ad esempio i Protocolli operativi per delineare i percorsi che regolano:
 - la rete di primo livello (servizi sociali comunali, ASL, MMG, ecc...);
 - la valutazione della condizione di bisogno della persona;
 - la definizione del Progetto di Assistenza Individuale con gli obiettivi e i relativi indicatori di esito;
 - i processi di erogazione degli interventi e dei servizi;
 - lo scambio informativo e la comunicazione;
 - il monitoraggio degli interventi attraverso l'analisi del raggiungimento degli obiettivi secondo gli indicatori relativi;
 - indagini di soddisfazione sull'utenza e sulle famiglie con il coinvolgimento delle Associazioni delle persone con disabilità.

Il Piano Operativo deve, inoltre, prevedere una parte definita da ciascun Ufficio di Piano, validata dall'Assemblea distrettuale dei Sindaci in sinergia con quanto previsto dalla Cabina di Regia in tema di integrazione sociale e sociosanitaria. I punti che dovranno essere sviluppati nel Piano riguardano:

- Programmazione delle risorse assegnate;
- Tipologia degli interventi e dei servizi di cui all'Allegato B – Misura B2 – DGR n. 740/2013;
- Regolamenti di Ambito o comunali che prevedono i criteri di accesso agli interventi e ai servizi;
- Modalità operative di attuazione della misura.

Al fine di agevolare la stesura del Piano Operativo e la fase di elaborazione delle informazioni, è stato predisposto un format excel da utilizzare.

Il Piano Operativo - comprensivo della parte congiunta ASL/Uffici di Piano e di quella elaborata da ciascun Ufficio di Piano - dovrà essere inviato dall'ASL alla D.G. Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato entro e non oltre il 28 febbraio 2014 ai seguenti indirizzi di posta elettronica:

- famiglia@pec.regione.lombardia.it
- pianidiziona@regione.lombardia.it

Monitoraggio

A conclusione del percorso di attuazione della Misura B2, la D.G. Famiglia, Solidarietà Sociale e Volontariato, tramite le Aziende Sanitarie Locali con il supporto delle Cabine di Regia, e con appositi strumenti, effettuerà il monitoraggio quali-quantitativo:

- degli interventi per singolo utente;
- degli esiti dei controlli di appropriatezza degli interventi;
- della rendicontazione economica;
- delle relazioni sulle indagini di soddisfazione sull'utenza e sulle famiglie.

Si precisa, inoltre, che gli Uffici di Piano provvederanno semestralmente a monitorare gli interventi e a darne rendicontazione economica, quali-quantitativa e di appropriatezza all'ASL territorialmente competente.

Il direttore generale della Direzione Famiglia,
solidarietà sociale e volontariato
Giovanni Daverio

FACSIMILE per la candidatura alle Misure/Azioni ex DGR 856/2013*(da farsi su carta semplice intestata dell'Ente richiedente)*

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,

residente nel Comune di _____

Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____,

quale Legale Rappresentante dell'Ente Gestore _____ con sede legale
in _____,

Codice Fiscale e/o Partita Iva _____,

per la/le Unità d'offerta (*specificare l'Unità d'offerta o le diverse Unità d'offerta, e relativo n. di posti -
laddove richiesto dalla Misura- che il Legale rappresentante dell'Ente Gestore intende mettere a disposizione
per una o più Misure*):

comunica la disponibilità ed interesse ad erogare ai sensi della DGR n. 856/2013 "Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR n. 116/2013: primo provvedimento attuativo" gli interventi/servizi/prestazioni di cui all'Azione/Misura sotto indicata/e:

- Misura 2 "Residenzialità leggera" - Azione 1: Interventi e prestazioni socio-sanitarie rivolte a persone che presentano condizioni di fragilità che necessitano di una soluzione abitativa con caratteristiche di protezione socio-sanitaria
- Misura 3 "Residenzialità per minori con gravissima disabilità" - Azione 1: Interventi e prestazioni socio-sanitarie di residenzialità di tipo continuativo per minori con gravissima disabilità
- Misura 4 "RSA/RSD aperta" - Azione 1: Presa in carico integrata della persona affetta da demenza/Alzheimer da parte delle RSA e RSD in una logica multiservizi
- Misura 5 "Presa in carico ambulatoriale delle persone affette da gioco d'azzardo patologico" - Azione 2: Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico

a tale proposito, sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace e falsità degli atti – come stabilito dall'articolo 76 DPR n. 445/2000,

DICHIARA:

di essere in possesso:

- dei requisiti soggettivi previsti dalla DGR n. 3540/2012, come da attestazione (*da allegare se non già prodotta all'ASL*);
- dei requisiti organizzativi e gestionali, nonché strutturali e tecnologici previsti dalla DGR n. 856/13 all'Allegato C, per la/le specifica/specifiche Misura/Misure per la/le quale/i si presenta candidatura;

DICHIARA INOLTRE:

di essere in possesso (*specificare per ogni Unità d'offerta*):

- dell'abilitazione all'esercizio ai sensi (*indicare gli estremi del provvedimento/SCIA/DIA/CPE*) _____
- dell'accreditamento: provvedimento n. _____ del _____ (*se riconosciuto*)

DICHIARA L'IMPEGNO:

- ad attuare gli interventi previsti dal Progetto Individuale predisposto dall'ASL;
- a definire il Piano di Assistenza Individuale coerentemente con il Progetto Individuale predisposto dall'ASL in accordo con la persona/famiglia.

Data _____

*Firma leggibile
del Legale Rappresentante*

_____ • _____

Strumenti di valutazione relativi all'attuazione delle misure ex DGR 856/2013

1. Misura 1 – Azione 2 “Interventi di sostegno al domicilio delle persone con gravissima disabilità attraverso il supporto del caregiver familiare e/o dell’assistente personale”
 - 1.1 Strumento DB_SLA per valutare le persone affette da malattie del motoneurone
 - 1.2 Glasgow Coma Scale per valutare persone in stato vegetativo
 - 1.3. Strumento Adisper per valutare altre persone con gravissima disabilità
2. Misura 2 “Residenzialità leggera”
 - 2.1 Scheda di orientamento
3. Misura 3 “Residenzialità per minori con gravissima disabilità”
 - 3.1 Scheda Sidi
4. Misura 4 “RSA/RSD aperta”
 - 4.1 Relative Stress Scale (RSS)
5. Misura 5 – Azione 2 “Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d’azzardo patologico”
 - 5.1 South Oaks Gambling Screen (SOGS)
 - 5.2 Problem Gambling Severity Index (PGSI)
 - 5.3 DSM V

1. Misura 1 – Azione 2 “Interventi di sostegno al domicilio delle persone con gravissima disabilità attraverso il supporto del caregiver familiare e/o dell’assistente personale”

1.1 Strumento DB_SLA per valutare le persone affette da malattie del motoneurone

Elenco delle funzioni e dei relativi item contenuti nello strumento DB_SLA già in uso presso le ASL

Funzioni		Livello 0		Livello 1		Livello 2		Livello 3		Livello 4	
Principali	Secondarie/ Attività	Completa autonomia (0-33%)		Deficit moderato (34-66%)		Deficit medio-grave (67-80%)		Deficit grave (81-100%)		Deficit completo (accompagnamento)	
RESPIRAZIONE		0	Completa autonomia	1	Dispnea in attività fisiche moderate	2	Dispnea in attività fisiche minimali	3	Dispnea a riposo; necessità di assistenza ventilatoria intermittente e/o notturna	4	Dipendenza assoluta da respiratore
NUTRIZIONE	Deglutizione	0	Completa autonomia	1	disfagia occasionale o sporadica	2	disfagia con necessità di modifica della dieta	3	necessità alimentazione enterale adiuvata	4	alimentazione solo parenterale o enterale
	Alimentarsi	0	Completa autonomia	1	si alimenta da solo; necessità di aiuto saltuario preparazione cibo	2	necessità di aiuto saltuario nella preparazione cibo e nell'alimentarsi	3	necessità di aiuto nella preparazione cibo e nell'alimentarsi	4	Dipendenza nella alimentazione per un pasto completo
				Punteggio FIM scala A 6 <=>5		Punteggio FIM scala A 4< >=3		Punteggio FIM scala A 3 <=>2		Punteggio FIM scala A <2	
COMUNICAZIONE	Parola	0	Completa autonomia	1	disturbo lieve con linguaggio comprensibile	2	disturbo moderato con linguaggio talora difficilmente comprensibile	3	Disturbo grave con linguaggio incomprensibile	4	Incapacità a comunicare verbalmente
	Scrittura	0	Completa autonomia	1	rallentata e/o imprecisa ma comprensibile	2	rallentata ed imprecisa, talora difficilmente comprensibile	3	perdita della capacità di scrivere a mano con mantenimento della firma	4	perdita totale della capacità di scrivere anche su tastiera
MOTRICITÀ	Deambulazione / scale / spostamenti	0	Completa autonomia	1	autonoma ma rallentata, con rischio di caduta, faticosa o con minor resistenza; difficoltà di utilizzo dei mezzi pubblici e/o in ambiente esterno	2	necessità di sorveglianza o ausili per deambulare; necessità di aiuto per spostamenti con mezzi pubblici o in esterno	3	Deambulazione possibile in autonomia con ausili solo in ambiente senza barriere; non in grado di utilizzare mezzi pubblici	4	Deambulazione solo per pochi passi non funzionale per spostamenti; dipendenza di una persona per spostarsi
				Ambulation Index <= 1		Ambulation Index > 1 e <= 3		Ambulation Index > 3 e <= 5		Ambulation Index > 5	
				Berg Balance Scale >40		Berg Balance Scale 40<=>30 senza item uguali a 0 (con un item = 0 livello IV)		Berg Balance Scale 30<=>14 senza item uguali a 0 (con un item = 0 livello IV)		Berg Balance Scale con un item di punteggio 0	
				MFIS fisica (modified fatigue impact scale) 9 <=> 18		MFIS fisica (modified fatigue impact scale) 18<=> 27		MFIS fisica (modified fatigue impact scale) 27<=>29		MFIS fisica (modified fatigue impact scale) >=30	
	Passaggi posturali	0	Completa autonomia	1	Autonomo ma rallentato	2	Autonomo ma con difficoltà	3	necessità di aiuto saltuario o rischio di caduta	4	dipendenza da una persona per la maggior parte dei passaggi
				Punteggio FIM scala I, J, K <= 20		Punteggio FIM scala I, J, K con un solo item di punteggio 5 e gli altri superiori a 5		Punteggio FIM scala I, J, K con un solo item di punteggio 4 e gli altri superiori a 5		Punteggio FIM scala I, J, K con almeno un item di punteggio 3 o con almeno due item di punteggio 4	
	Lavarsi / cura di sé / toilette	0	Completa autonomia	1	Autonoma con difficoltà	2	necessità di aiuto saltuario / uso di ausili o necessità di aiuto costante solo in specifiche attività	3	necessità di aiuto parziale nella maggior parte delle attività	4	Dipendenza da una persona
		Punteggio FIM scala B, C, F <= 20		Punteggio FIM scala B, C, F con un solo item di punteggio 5 e gli altri superiori a 5		Punteggio FIM scala B, C, F con un solo item di punteggio 4 e gli altri superiori a 5		Punteggio FIM scala B, C, F con almeno un item di punteggio 3 o con almeno due item di punteggio 4			
Vestirsi	0	Completa autonomia	1	autonoma ma imprecisa e difficoltosa	2	non sempre autonoma e con necessità di assistenza occasionale	3	necessità di assistenza subcontinua	4	Dipendenza totale da una persona	

Funzioni		Livello 0		Livello 1		Livello 2		Livello 3		Livello 4	
Principali	Secondarie/ Attività	Completa autonomia (0-33%)		Deficit moderato (34-66%)		Deficit medio-grave (67-80%)		Deficit grave (81-100%)		Deficit completo (accompagnamento)	
				Punteggio FIM scala D ed E <= 13		Punteggio FIM scala D ed E con un solo item di punteggio 5 e gli altri superiori a 5		Punteggio FIM scala D ed E con un solo item di punteggio 4 e gli altri superiori a 5		Punteggio FIM scala D ed E con almeno un item di punteggio 3 o con almeno due item di punteggio 4	
CONTROLLO SFINTERICO	Minzione	0	Completa autonomia	1	lievi disturbi senza incontinenza nè ritenzione	2	saltuaria incontinenza, aumentata frequenza, urgenza o ritenzione lieve; gestione autonoma dei sintomi/minzione	3	catetere a dimora, incontinenza frequente, ritenzione in terapia con cateterismo intermittente o grave pollachiuria, necessità di assistenza occasionale per gestire i sintomi/minzione	4	Dipendente da una persona per cateterismo/urocondom/ pannolone o per effettuare la minzione
				Punteggio FIM scala G 6 <= 5		Punteggio FIM scala G 4 <= 3		Punteggio FIM scala G 3 <= 2		Punteggio FIM scala G < 2	
	Defecazione	0	Completa autonomia	1	lievi disturbi	2	saltuaria incontinenza o gravi episodi di stipsi o stipsi grave ma gestita autonomamente	3	Incontinenza o grave stipsi con necessità frequente di manovra evacuative effettuate da terzi	4	Dipendente da una persona per effettuare l'evacuazione
				Punteggio FIM scala H 6 <= 5		Punteggio FIM scala H 4 <= 3		Punteggio FIM scala H 3 <= 2 Punteggio		FIM scala H < 2	
SENSORIALE	funzione visiva	0	Completa autonomia	1	campo visivo residuo compreso > 30% e < 50% (ipovedente moderato)	2	campo visivo residuo compreso > 10% e < 30%	3	campo visivo residuo compreso > 3% e < 10%	4	campo visivo residuo < 3%
	funzione uditiva	0	Completa autonomia	1	Perdita uditiva 175 > 265 db bilaterale.	2	Perdita uditiva 265 < 275 db bilaterale, associata ad altro deficit sensoriale (livello 1)	3	Perdita uditiva > 275 db bilaterale associata ad altro deficit sensoriale (livello 2)	4	perdita completa dell'udito associata ad altro grave deficit sensoriale (livello 3)
	sensibilità superficiale	0	Completa autonomia	1	lievi disturbi	2	gravi disturbi stesici che condizionano parzialmente lo svolgimento di attività: parestesie, ipoestesia, etc	3	gravi disturbi stesici che condizionano lo svolgimento di attività: parestesie, ipoestesia, etc	4	anestesia tattile termica o dolorifica che richiede sorveglianza costante per rischio di lesioni o aiuto
	vestibolare	0	Completa autonomia	1	lievi disturbi	2	occasionali episodi di vertigini e/o nistagmo che comportano l'astensione della postura eretta o deambulazione	3	frequenti episodi di vertigini e/o nistagmo che comportano l'astensione della postura eretta o deambulazione	4	quadro cronico incompatibile con stazione eretta o deambulazione
	dolore	0	Completa autonomia	1	lievi disestesie o nevralgie	2	frequenti disestesie o nevralgie	3	dolore neuropatico cronico parzialmente rispondente ai farmaci	4	dolore neuropatico permanente non rispondente ai farmaci
COGNITIVA E/O COMPORTAMENTALE		0	Completa autonomia	1	autonomo con lievi disturbi cognitivi e/o comportamentale; episodi di riduzione delle performance per fatica mentale	2	disturbi che condizionano parzialmente l'autonomia della persona con occasionale necessità di assistenza o ausili	3	gravi disturbi che condizionano l'autonomia della persona con necessità di aiuto frequente nella gestione di attività di problem solving, relazione con gli altri, orientamento, etc	4	deterioramento mentale con totale dipendenza dagli altri per incapacità di problem solving o gravi disturbi di relazione con gli altri o per disorientamento spazio - temporale
TONO DELL'UMORE		0	Completa autonomia	1	lievi disturbi	2	disturbi dell'umore con impatto nella vita sociale della persona ma con conservazione dell'autonomia nelle ADL	3	gravi disturbi dell'umore con parziale conservazione dei rapporti sociali e necessità di aiuto saltuario nelle ADL	4	gravi disturbi dell'umore che portano all'isolamento e richiedono l'assistenza di una persona per la gestione delle ADL

1.2 Glasgow Coma Scale per valutare persone in stato vegetativo

La Glasgow Coma Scale (GCS) viene riconfermata come strumento di riferimento a supporto della diagnosi di SV (DGR n. 2124/2011), viste le sue caratteristiche di semplicità nell'applicazione e di valutazione oggettiva e universalmente riconosciuta. Nell'esecuzione della GCS si richiamano le raccomandazioni della Società Italiana di Anestesia Analgesia e Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) che si consiglia di seguire dettagliatamente, ricordando in particolare che occorre considerare la risposta migliore dal lato migliore, solo agli arti superiori, mentre il richiamo verbale deve sempre precedere lo stimolo doloroso.

Si precisa che, in coerenza con quanto stabilito dai documenti nazionali già citati, il punteggio massimo assegnabile con questa scala per indicare la condizione di SV è 10, ottenuto nei vari campi con questa scomposizione:

- apertura occhi: il punteggio massimo non può essere più di 4
- risposta verbale: il punteggio massimo non può essere più di 2
- risposta motoria: il punteggio massimo non può essere più di 4

A - Apertura degli occhi	Punteggio
<i>Spontanea</i>	4
<i>Agli stimoli verbali</i>	3
<i>Al dolore</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
B - Risposta verbale	
<i>Orientata, appropriata</i>	5
<i>Confusa</i>	4
<i>Parole inappropriate</i>	3
<i>Suoni incomprensibili</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
C - Risposta motoria	
<i>Obbedisce al comando</i>	6
<i>Localizza il dolore</i>	5
<i>Retrae al dolore</i>	4
<i>Flette al dolore</i>	3
<i>Estende al dolore</i>	2
<i>Nessuna</i>	1
Punteggio Totale	

1.3. Strumento Adisper per valutare altre persone con gravissima disabilità

Il modello proposto individua otto domini di valutazione per rilevare il livello di compromissione funzionale della persona.

Accedono alla misura Misura 1 - Azione 2 "Interventi di sostegno al domicilio delle persone con gravissima disabilità attraverso il supporto del caregiver familiare e/o dell' assistente personale" le persone con profilo pari a 3 o 4 , che esita dall'utilizzo del sistema ADI/SPER, senza tenere conto dell'apporto assistenziale reso dal caregiver; inoltre, devono presentare associate tutte le seguenti condizioni (per i minori non si procede alla valutazione con ADI/SPER, ma si verifica la presenza associata di tutte le seguenti condizioni):

- perdita di ogni autonomia motoria indipendentemente dalla patologia di base e assenza di autonomia nello svolgimento delle attività della vita quotidiana;
- dipendenza totale – dall'accudente e/o da tecnologie assistive – nella funzione della respirazione o della nutrizione;
- permanenza al domicilio con assistenza vigile effettuata da familiari e/o assistente personale nell'arco delle 24 ore (se la persona fosse lasciata sola sarebbe esposta a pericoli sostanziali).

Serie Ordinaria n. 3 - Venerdì 17 gennaio 2014

Domini di valutazione

Dominio	Funzioni esaminate	Lieve (punteggio =0)	Moderato (punteggio=1)	Grave (punteggio=2)	Molto Grave (punteggio=3)
Respirazione		nessun disturbo	Dispnea in attività fisica moderata (senza O2 terapia/O2 terapia ≤ 6 ore die)	Dispnea a riposo/ necessità di O2 terapia ≥ 6 ore/die ;	necessità di assistenza ventilatoria intermittente o notturna/dipendenza assoluta da respiratore
	Deglutizione	nessun disturbo	disfagia con necessità di modifica della dieta	alimentazione enterale adjuvata (Integrativa)	alimentazione solo parenterale o enterale
Nutrizione	Alimentarsi	nessun disturbo	necessità di aiuto saltuario nella preparazione cibo e nell'alimentarsi	necessità di aiuto nell'alimentarsi	dipendenza totale nell'alimentarsi
	Parola	nessun disturbo	disturbo moderato con linguaggio talora difficilmente comprensibile	disturbo grave con linguaggio incomprensibile	Incapacità a comunicare verbalmente
Comunicazione	Scrittura	nessun disturbo	rallentata ed imprecisa, talora difficilmente comprensibile	perdita della capacità di scrivere a mano con necessità di ausili	perdita totale della capacità di scrivere anche su tastiera
	Deambulazione/spostamenti	nessun disturbo	autonomia ma con rischio di caduta	necessità di sorveglianza o ausili per deambulazione	totalmente dipendente
Motricità	Passaggi posturali	nessun disturbo	necessità di sorveglianza nei movimenti	necessità di aiuto in una o più fasi dei passaggi	Totale dipendenza/allettamento
	Lavarsi/cura del sé /toilette	nessun disturbo	necessità di sorveglianza per la corretta esecuzione delle manovre	necessità di aiuto parziale nella maggior parte delle attività	dipendenza totale da una persona
Controllo sfinterico	Vestirsi	nessun disturbo	autonomia ma difficoltosa	necessità di assistenza occasionale/sorveglianza	dipendenza totale da una persona
	Minzione	nessun disturbo	lievi disturbi senza incontinenza né ritenzione	incontinenza frequente che necessita di interventi programmati (accompagnamento/presidi di assorbenza)	totalmente dipendente (caterismo/presidi esterni/di assorbenza fissi)
Sensoriale	Defecazione	nessun disturbo	lievi disturbi senza incontinenza né ritenzione	incontinenza frequente che necessita di interventi programmati (accompagnamento/presidi di assorbenza)	totalmente dipendente
	Vista	nessun disturbo	lieve ipovisus non incidente nella gestione delle ADL	grave ipovisus incidente nella gestione delle ADL	cecità
Comportamento	Udito	nessun disturbo	lieve ipoacusia non incidente nella vita quotidiana	grave ipoacusia	totale sordità
	Sensibilità superficiale	nessun disturbo	lievi disturbi	grav disturbi stesici che condizionano lo svolgimento di attività	totale perdita sensoriale periferica
Cognitività e/o comportamento	Vestibolare	nessun disturbo	lievi disturbi	frequenti episodi di vertigini e/o nistagno che comportano l'astensione dalla postura eretta e dalla deambulazione	quadro cronico incompatibile con stazione eretta o deambulazione
	Dolore	non riferito	riferito saltuariamente e abituale	dolore cronico parzialmente rispondente ai farmaci	dolore permanente non rispondente ai farmaci
Tono dell'umore	Memoria	nessun disturbo	lieve deficit	deficit grave	deterioramento mentale con totale dipendenza dagli altri per incapacità di gestione del quotidiano
	Comportamento	nessun disturbo	autonomo con lievi disturbi comportamentali non incidenti nella gestione delle attività quotidiane;	gravi disturbi che condizionano l'autonomia della persona con necessità di aiuto frequente nella gestione di attività di problem solving.	gravi disturbi del comportamento e di relazione con gli altri che impattano nella vita quotidiana
		nessun disturbo	riferita deflessione dell'umore episodica (reattiva a particolari situazioni)	gravi disturbi dell'umore con parziale conservazione dei rapporti sociali e conservazione dell'autonomia nelle ADL	gravi disturbi dell'umore che portano all'isolamento e richiedono l'assistenza di una persona per la gestione delle ADL

2. Misura 2 “Residenzialità leggera”

2.1 Scheda di orientamento

La scheda di orientamento si articola in 8 domande, che presuppongono una risposta su 4 livelli di gravità: assente o lieve, moderato, grave, molto grave. Ad ogni livello di gravità, in relazione alla specifica domanda, è associato un punteggio. La scala di valutazione di triage può essere somministrata da infermieri o assistenti sociali.

Se il **punteggio** ottenuto è **uguale o inferiore a 4**, la persona può essere accolta in residenzialità leggera.

		ASSENTE o LIEVE nessuna compromissione d'organo/sistema o la compromissione non interferisce con la normale attività;	MODERATO la compromissione d'organo/sistema interferisce con la normale attività;	GRAVE la compromissione d'organo/sistema produce disabilità;	MOLTO GRAVE la compromissione d'organo/sistema mette a repentaglio la sopravvivenza.
1	morbilità	0	1	2	2
2	alimentazione	AUTONOMO	CON AIUTO supervisione	DIPENDENZA SEVERA imboccamento	ENTERALE - PARENTERALE
		0	0	1	2
3	alvo e diuresi	CONTINENZA	CONTINENZA PER ALVO INCONTINENZA URINARIA	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (uso pannoloni)	INCONTINENZA STABILE per alvo e diuresi (CVP e /o evacuazione assistita)
		0	0	1	1
4	mobilità	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AUSILI (usa bastone, walker, carrozzina...)	ALLETTIATO
		0	0	1	2
5	igiene personale	AUTONOMO	CON MINIMO AIUTO (qualche difficoltà)	CON AIUTO MODERATO	TOTALE DIPENDENZA
		0	0	1	2
6	stato mentale e comportamento	collaborante, capace di intendere e volere	collaborante ma con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e con difficoltà a capire le indicazioni	non collaborante e gravemente incapace di intendere e volere / segni di disturbi comportamentali
		0	0	1	1
7	con chi vive	COPPIA, NUCLEO FAMILIARE, ASSISTENTE FAMILIARE	SOLO NON necessita di figure di riferimento	SOLO o COPPIA ma necessita di figure di riferimento (es. figli)	SOLO nessuna rete di riferimento
		0	0	1	2
8	assistenza diretta (caregiver)	ADEGUATA partecipano, familiari, assistente familiare, servizi territoriali (SAD, pasti a domicilio...), vicinato, associazioni, ...	PARZIALMENTE ADEGUATA affidata solo ai familiari, o solo all'assistente familiare, o solo ai servizi territoriali.	POCO ADEGUATA affidata a un soggetto che non assicura un'assistenza adeguata o sufficiente	INADEGUATA non è offerta alcun tipo di assistenza
		0	1	2	2

S.I.Di. - Scheda Utente

Proveniente da casa altra struttura ospedale
Attività prima del ricovero nulla/pensionato lavoratore studente

Situazione familiare

Genitori in vita n° **Fratelli/sorelle conviventi n°** **Età padre**
Famigliari conviventi n° **Età madre**

Scolarizzazione

Ultima classe non concluso obbligo concluso obbligo formazione professionale
 scuola superiore scuola universitaria laurea non nota

Anno conclusione

Attività post-scuola

Servizio/attività lavorativa nessuna c.s.e. s.f.a. tirocinio lavoro lavoro

Autonomia delle funzioni primarie

Respirazione nessun problema respira con ventilatore necessita di broncoaspirazione
Alimentazione alimentazione naturale alimentazione parenterale alimentazione speciale
Cateterismo nessun cateterismo cateterismo permanente cateterismo intermittente
Evacuazione evacuazione naturale evacuazione assistita (presenza i.p.) evacuazione supportata (presenza operatore)
Piaghe non ha piaghe da decubito condizione di rischio ha piaghe da decubito
Controlli infermieristici (24 ore) non necessita di controlli continui nelle 24 ore necessita di controlli continui nelle 24 ore

Indicatori di Mobilità 1 _____

Sa spostarsi usando apparecchi ausili (icf d465)

non usa apparecchi e ausili usa apparecchi e ausili necessita di assistenza perché non è in grado di usare ausili/apparecchi

Si muove su superfici diverse (icf d4502)

autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore

Si muove per brevi distanze (icf d4500)

autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore

Sa camminare attorno a degli ostacoli (icf d4503)

autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore

Sa spostarsi all'interno della struttura (icf d4600)

autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore

Sa trasferirsi da seduto (icf d4200)

autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore

Sa trasferirsi da sdraiato (icf d4201)

autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore

Sa sdraiarsi (icf d4100)

autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore

Sa sedersi (icf d4103)

autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore

S.I.Di. - Scheda Utente

Indicatori di Mobilità 2

- Sa lavare parti del corpo (icf d5100)*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Sa lavarsi tutto il corpo (icf d5101)*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Sa curare i denti (icf d5201)*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Sa asciugarsi (icf d5102)*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Sa curare i capelli e i peli (icf d5201)*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Regolazione della minzione (icf d5300)*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Regolazione della defecazione (icf d5301)*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Sa mettersi indumenti (icf d5400)*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Sa togliersi indumenti (icf d5401)*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Sa mettersi le calzature (icf d5402)*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Sa togliersi le calzature (icf d5403)*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Usa la forchetta*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Usa il cucchiaino*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Usa il coltello*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Sa versare da una bottiglia*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Sa usare il bicchiere*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore
- Sa spezzare il pane*
 autonomamente con aiuto o supervisione solo se assistito da un operatore

Aspetti Cognitivo Comportamentali

- Presenta comportamenti auto-etero aggressivi o che comportano controllo*
 no, solo eccezionalmente talvolta in modo ricorrente spesso, più volte nell'arco della settimana o del giorno
- Intraprende compiti semplici (icf d2100)*
 senza nessuna difficoltà con difficoltà media con difficoltà totale
- Intraprende compiti articolati (icf d2101)*
 senza nessuna difficoltà con difficoltà media con difficoltà totale
- Sa completare la routine quotidiana (icf d2302)*
 senza nessuna difficoltà con difficoltà media con difficoltà totale
- Comunica con-riceve messaggi verbali (icf d310)*
 senza nessuna difficoltà con difficoltà media con difficoltà totale
- Comunica con-riceve messaggi non verbali (icf d315)*
 senza nessuna difficoltà con difficoltà media con difficoltà totale

S.I.Di. - Scheda Utente

Aspetti Amministrativi

Data presentazione domanda

Precedenti esperienze di Residenza

Altra RSD *Comunità alloggio* *Residenza collettiva* *Residenzialità temporanea*

Interruzioni di permanenza

<i>Motivo interruzione di permanenza</i>	<i>dalla data</i>	<i>alla data</i>
<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> ferie/vacanze <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> ferie/vacanze <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> ferie/vacanze <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> ferie/vacanze <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> ferie/vacanze <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> ferie/vacanze <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> ferie/vacanze <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> ferie/vacanze <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> ferie/vacanze <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> ferie/vacanze <input type="checkbox"/> altro
<input type="checkbox"/> ricovero ospedaliero <input type="checkbox"/> ferie/vacanze <input type="checkbox"/> altro

Classe

Classe attuale *Quota regionale* *Data di inserimento/variazione di classe proposta*

Storico Quote

<i>Anno</i>	<i>Onere annuo retta Utente</i>	<i>Onere annuo retta Comune</i>	<i>Quota Sanitaria aggiuntiva</i>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Storico Variazioni di Classe

<i>Dalla data</i>	<i>Alla data</i>	<i>Classe</i>	<i>Quota Regionale</i>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Data Dimissione *Motivo dimissione*

4. Misura 4 “RSA/RSD aperta”

4.1 Relative Stress Scale (RSS)

La Relative Stress Scale (RSS) è una scala ordinale di 15 item a 5 gradi che definisce la forma e l'intensità dello stress generale che si sviluppa in un parente o in un caregiver che assista una persona anziana demente.

Il punteggio che si ottiene può variare da 15 a 75; accede quindi alla misura 4 la persona il cui caregiver ha ottenuto un **punteggio maggiore di 31**, di seguito si riporta lo strumento.

item 1	Pensate mai di non riuscire a fronteggiare la situazione?				
item 2	Pensate mai di avere bisogno di aiuto?				
item 3	Vi capita di sentirvi depressi dalla situazione?				
item 4	La vostra salute ne ha in qualche modo sofferto?				
item 5	Vi preoccupate che succedano incidenti?				
item 6	Pensate mai che il problema non abbia via d'uscita?				
item 7	Avete difficoltà ad andare via per le vacanze?				
item 8	In che misura è stata modificata la vostra vita sociale?				
item 9	In che misura è stato turbato in vostro ménage familiare?				
item 10	Il vostro sonno viene interrotto?				
item 11	Si è abbassato il vostro tenore di vita?				
item 12	Vi sentite mai imbarazzati?				
item 13	Siete impossibilitati a ricevere visite?				
item 14	Vi capita mai di essere contrariati o arrabbiati?				
item 15	Vi capita a volte di sentirvi frustrati?				
codifica	1	2	3	4	5
descrizione	mai, assolutamente	no di rado un po'	a volte	frequentemente molto	sempre moltissimo

5. Misura 5 – Azione 2 “Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d’azzardo patologico”

5.1 South Oaks Gambling Screen (SOGS)

E' un test di screening che consente di distinguere i giocatori “sociali” (che non presentano problemi di gioco) dai giocatori patologici.

Si compone di 20 domande a risposta chiusa, prevalentemente dicotomiche (si, no) da cui è possibile ricavare informazioni qualitative sui tipi di giochi praticati, sulle modalità con cui vengono coperti eventuali debiti di gioco e sulle implicazioni familiari e sociali.

Il SOGS consente la classificazione in tre tipologie:

- Giocatore sociale → punteggio da 0 a 2
- Giocatore eccessivo o “a rischio” → punteggio di 3 o 4
- Giocatore potenzialmente patologico → punteggio maggiore o uguale a 5

Accedono alla misura 5 – azione 2 “Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d’azzardo patologico” le persone che un **punteggio maggiore o uguale a 5** sono classificate come giocatori potenzialmente patologici.

Si riporta di seguito il questionario SOGS.

1. **Indicare quali, tra i seguenti tipi di comportamenti “d’azzardo”, avete seguito durante la vostra vita. Per ogni tipo di comportamento segnare solo una risposta: “MAI”, “MENO DI UNA VOLTA A SETTIMANA”, “UNA O PIU’ VOLTE A SETTIMANA”.**

	MAI	Meno di 1 volta a settimana	Più di 1 volta a settimana	
A				Giocare a carte per soldi
B				Scommettere su cavalli, cani, o altri animali (in agenzia, alla pista, o con un bookmakers)
C				Scommettere su vari sport
D				Giocare con i dadi per soldi
E				Recarsi al casinò (legali e non)
F				Giocare al lotto o altre lotterie
G				Giocare a Tombola (BINGO)
H				Giocare in borsa o sulle transazioni economiche
I				Giocare alle slot-machine, poker-machine, o altre acchine
J				Giocare al biliardo, golf, o giocare a qualsiasi altro gioco di abilità per soldi

2. **Qual è la somma di denaro più alta che avete puntato in un giorno?**

- Non ho mai puntato nessuna somma”
- Fino a 1 euro
- Da 1 a 5 euro
- Da 5 a 50 euro
- Da 50 a 500 euro
- Da 500 a 5.000 euro
- Oltre 5.000 euro

3. **I vostri genitori hanno (hanno avuto) problemi con il gioco d’azzardo?**

- Entrambi giocano troppo
- Solo mio padre gioca troppo
- Solo mia madre gioca troppo

- Nessuno dei due gioca troppo
- 4. Quando giocate d'azzardo e perdete, ogni quanto tornate il giorno dopo per cercare di vincere la somma persa?**
- Mai
 - Talvolta (meno della metà delle volte che perdo)
 - La maggior parte delle volte che perdo
 - Ogni volta che perdo
- 5. Avete mai preteso (o vi siete mai vantati) di aver vinto al gioco una somma di denaro che invece avevate perso?**
- Mai
 - Sì, ma meno della metà delle volte che perdo
 - Sì, la maggior parte delle volte
- 6. Credete di avere un problema con il gioco d'azzardo?**
- No
 - Sì, in passato ma non adesso
 - Sì
- 7. Avete mai giocato d'azzardo più di quanto non volevate? (sì/no)**
- 8. Gli altri hanno criticato il modo con cui affrontate il gioco d'azzardo? (sì/no)**
- 9. Vi siete mai sentiti in colpa per il modo con cui giocate o per quello che vi accade quando giocate? (sì/no)**
- 10. Vi siete mai sentiti come se desideraste di smettere di giocare d'azzardo ma avete pensato di non riuscirci? (sì/no)**
- 11. Avete mai nascosto al/alla vostro/a partner, ai vostri figli, oppure ad altre persone importanti per voi, scontrini di puntata, fisches, biglietti dalle lotteria, o altri oggetti legati al gioco d'azzardo? (sì/no)**
- 12. Avete mai litigato con le persone con cui vivete su come gestite il vostro denaro? (sì/no)**
- 13. (Se avete risposto Sì alla domanda precedente) Gli argomenti di discussione sul denaro sono mai stati centrati sul gioco d'azzardo? (sì/no)**
- 14. Avete mai preso in prestito del denaro da qualcuno a cui non siete stati in grado di restituire la somma a causa del gioco d'azzardo? (sì/no)**
- 15. Avete mai sottratto tempo al lavoro o alla scuola a causa del gioco d'azzardo? (sì/no)**
- 16. Se avete chiesto in prestito del denaro per giocare d'azzardo o per pagare i debiti di gioco, da chi o da dove avete preso i soldi? (sì/no)**
- a. Dal bilancio familiare
 - b. Dal/dalla vostro/a partner
 - c. Da altri parenti
 - d. Dalle banche, dagli istituti di credito, ecc.
 - e. Da carte di credito
 - f. Dagli strozzini
 - g. Dai risparmi, valori o altri oggetti personali
 - h. Dalla vendita dei vostri beni personali o familiari
 - i. Facendo debito sul vostro conto bancario
 - j. Avete (avete avuto) un conto aperto con un scommettitore
 - k. Avete (avete avuto) un conto aperto con un casinò

Valutazione del SOGS

I punteggi del SOGS si ottengono sommando il numero di domande che mostrano una risposta “a rischio”:

Le domande 1, 2, 3, 12, 16j, k: non si calcolano ai fini del punteggio

Valgono un punto:

- a) Alla domanda 4, le risposte “la maggior parte delle volte che perdo” oppure “ogni volta che perdo”
- b) Alla domanda 5, le risposte “sì, meno della metà delle volte che ho perso” oppure “sì, la maggior parte delle volte”
- c) Alla domanda 6, le risposte “sì, in passato, ma non ora” oppure “sì”

Inoltre, vale un punto se si è risposto “SI” alle seguenti domande:

7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 13 - 14 - 15 - 16- 16a - 16b - 16c - 16d - 16e - 16f - 16g - 16h - 16i

5.2 Problem Gambling Severity Index (PGSI)

E' un test di screening che consente di valutare la prevalenza del gioco problematico; fa parte di uno strumento più ampio, ossia il Canadian Problem Gambling Index (CPGI). Le domande prevedono un formato di risposta a quattro passi (da "mai" a "quasi sempre").

Il PGSI consente di classificare i soggetti nelle seguenti quattro tipologie:

- Giocatore non problematico → punteggio pari a 0
- Giocatore a "basso rischio" → punteggio di 1 o 2
- Giocatore a "rischio moderato" → punteggio da 3 a 7
- Giocatore problematico → punteggio maggiore o uguale a 8

Accedono alla misura 5 – azione 2 "Accoglienza, presa in carico e cura dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico" le persone che ottengono punteggio maggiore o uguale a 8 nella scala.

Domanda	0 (mai)	1 (qualche volta)	2 (tante volte)	3 (quasi sempre)
Ha mai giocato più di quanto la sua disponibilità economica permettesse?				
Pensando ancora agli ultimi 12 mesi, hai sentito la necessità di giocare importi maggiori per ottenere lo stesso livello d'interesse?				
Quando hai giocato, sei ritornato ancora per tentare di vincere quanto avevi perso?				
Ti sei fatto prestare dei soldi o hai venduto qualcosa per ricavare dei soldi da giocare?				
Hai pensato di avere un problema con il gioco d'azzardo?				
Il gioco d'azzardo ti ha causato problemi di salute, tra cui stress o ansia?				
Altre persone hanno criticato le tue giocate o ti hanno detto che hai un problema legato al gioco, indipendentemente dal fatto che fosse o meno vero?				
Il gioco d'azzardo ha causato problemi finanziari personali o alla tua famiglia?				
Ti sei sentito colpevole per come giocavi o per quello che è successo quando giocavi?				

5.3 DSM V

E' il terzo strumento che verrà sperimentato per la valutazione del grado di dipendenza nell'area del gioco d'azzardo patologico. La versione in italiano non è ancora disponibile.

Allegato - Indicazioni sulla dgr 856 sul Fondo Famiglia

Prime indicazioni generali sul processo di presa in carico. Nella circolare viene declinato il flusso di realizzazione (rif. sezione 1 della circolare, pp. 11-13) in cui si precisano, tra le altre cose, i seguenti aspetti:

Informazione	Avviso pubblico da parte dell'Asl per invitare i gestori a proporsi per le diverse misure previste Raccolta delle candidature e verifica dei requisiti Elaborazione dell'elenco degli erogatori (da consegnare agli utenti insieme al PI)
Accesso, valutazione e progetto individuale	La valutazione è in capo all'Asl, la quale deve coinvolgere il Medico di Cure Primarie/Pediatra e altri soggetti ritenuti utili, con particolare riferimento al Comune - per aspetti sociali - e l'Azienda Ospedaliera per i rilievi specialistici Entro 15 gg lavorativi dalla richiesta, deve essere rilasciata alla persona la valutazione, il progetto individuale (PI) e l'elenco degli erogatori Il PI deve contenere indicazioni su <ol style="list-style-type: none">soggetto che assume la funzione di gestione del casolinee generali ovvero obiettivi, azioni, tempi e condizioni per raggiungimento obiettivimix prestazioni interventi da attivarevalore voucher assegnato Deve essere condiviso e sottoscritto con persona/famiglia e comunicato a Medico di Cure Primarie /Pediatra
Presa in carico e redazione piano assistenziale	L'interessato sceglie l'erogatore a cui consegna la valutazione e il progetto L'ente erogatore, se non sono indicati altri soggetti, svolge la funzione di responsabile del caso Entro 5 gg dalla presentazione della documentazione stende il piano assistenziale individuale (PAI) Il PAI è consegnato e sottoscritto dall'interessato
Gestione PAI	Durata massima di 6 mesi Deve contenere il dettaglio degli interventi e delle prestazioni previsti Deve essere rivisto qualora mutino le condizioni della persona e dunque richiedere una nuova valutazione dell'Asl (vengono indicate precisazioni per i periodi di sospensione o decadenza del PAI)
Rendicontazione e monitoraggio Asl	Periodicità trimestrale