

Deliberazione della Giunta Regionale 28 marzo 2012, n. 23-3624

**Programma attuativo "Progetto di continuit  assistenziale per i pazienti con la SLA e le loro famiglie" di cui al Decreto Ministeriale del Lavoro e delle Politiche Sociali del 15.11.2011. Definizione del percorso di continuit  assistenziale.**

A relazione dell'Assessore Monferino:

Con la D.G.R. n. 35-3223 del 30.12.2011   stato approvato il programma attuativo "Progetto di continuit  assistenziale per i pazienti con SLA e le loro famiglie", di cui al Decreto Ministeriale del 15.11.2011, che prevede l'assistenza delle persone adulte affette da SLA e da altre malattie del motoneurone, per la cui attuazione la Direzione Generale per l'inclusione sociale e le politiche sociali del Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali ha provveduto a trasferire delle risorse, pari ad euro 7.610.000,00.

A seguito delle richieste avanzate dalle Associazioni che operano a favore dei malati di SLA di rimodulazione delle azioni previste del programma attuativo, ponendo maggior accento sugli interventi a sostegno della domiciliarit , la Regione Piemonte ha ritenuto opportuno accogliere le richieste, concordando formalmente le modifiche accolte attraverso un Accordo sottoscritto da entrambe le parti.

Tale accordo   stato recepito successivamente con la D.G.R. n. 19-3494 del 27.2.2012 che approva la rimodulazione delle azioni previste e del relativo piano economico del Programma attuativo.

Al fine di permettere alle Aziende Sanitarie Locali, tramite i Distretti Sanitari, di dare attuazione alle azioni previste al punto A "Attivit  svolta a sostegno della domiciliarit " del Piano Economico (Allegato A) della D.G.R. n. 19-3494 del 27.2.2012, occorre definire una specifica modulistica.

Nell'ambito della rimodulazione delle azioni viene riconosciuta la certificazione della stadiazione della malattia da parte dei Centri Esperti SLA (allegato D, parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo), ai fini della valutazioni del livello assistenziale individuato dalla D.G.R. 39-11190 del 6.4.2009 e dalla D.G.R. 56-13332 del 15.2.2010.

Per garantire uniformit  nella certificazione di stadiazione, rilasciata dai due Centri esperti per la SLA, operanti rispettivamente presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista di Torino e presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carit  di Novara,   necessario definire una griglia di valutazione.

Gli allegati A e B, parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo, definiscono rispettivamente le modalit  di assegnazione dei contributi e la Tabella di valutazione clinica per la SLA, che prevede quattro livelli di compromissione con il relativo punteggio.

Il punteggio assegnato individua il livello di intensit  assistenziale a cui correlare il contributo economico cos  come da Allegato E, parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo.

Come previsto nella D.G.R. n. 19-3494 del 27.2.2012 per tutti i casi che rientrano nel programma attuativo "Progetto di continuit  assistenziale per i pazienti con la SLA e altre malattie del motoneurone e le loro famiglie" non viene prevista la quota di compartecipazione dell'utente, in quanto la SLA   una malattia neuro-degenerativa con progressiva e totale perdita dell'autosufficienza, per cui il relativo progetto di domiciliarit , afferendo all'area delle prestazioni

socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3 del D.P.C.M.14.2.2001, è da ritenersi alternativo al ricovero ospedaliero.

Pertanto il contributo economico viene erogato per l'importo complessivo previsto.

Il riconoscimento della totale esclusione della compartecipazione da parte dei beneficiari al costo della prestazione viene applicato esclusivamente alle attività svolte a sostegno della domiciliarità, finanziate con i fondi di cui al Decreto Ministeriale del 15 novembre 2011, per tutta la durata biennale del progetto.

La domanda di richiesta di erogazione del contributo economico a sostegno della domiciliarità e/o di ricovero temporaneo in struttura residenziale (allegato C, parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo) deve essere presentata direttamente al Distretto sanitario di residenza, presso apposita Struttura organizzativa individuata da ciascuna Azienda Sanitaria Locale.

Pertanto, le Aziende Sanitarie devono individuare tale Struttura organizzativa entro 15 giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regionale del presente provvedimento, dandone contestualmente comunicazione alla Regione Piemonte, Direzione Politiche Sociali.

Come indicato nel piano economico approvato con la D.G.R. n. n. 19-3494 del 27.2.2012 per le attività riferite all'assunzione di un assistente familiare, nonché al riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver, è stata destinata la somma complessiva di € 6.560.000,00 mentre per i ricoveri temporanei di sollievo è stata destinata la somma di € 800.000,00.

Le risorse verranno trasferite, sulla base del tasso di prevalenza 10/100.000 abitanti dei pazienti adulti affetti da SLA, alle Aziende Sanitarie Locali che provvederanno ad erogarle direttamente a ciascun Distretto Sanitario col medesimo criterio.

Le persone adulte affette da SLA o da altre malattie del motoneurone, che beneficiano già del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lunga assistenza di cui alla D.G.R. 39-11190/2009 ed alla D.G.R. 56-13332/2010, nonché dei progetti di Vita indipendente, disciplinati dalle Linee guida approvate dalla D.G.R. n. 48-9266 del 21 luglio 2008, possono presentare la domanda per ottenere il contributo economico oggetto del presente provvedimento.

Nel momento in cui quest'ultimo contributo venga loro riconosciuto, verrà revocato quello previsto dalle succitate deliberazioni e le risorse rese disponibili dovranno essere utilizzate per le rispettive graduatorie.

Con successivo provvedimento si provvederà alla definizione delle modalità di monitoraggio degli interventi attuati e dei finanziamenti erogati ai sensi dell'art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 15 novembre 2011.

Gli interventi oggetto del presente provvedimento si integrano con le azioni attuative del progetto sperimentale approvato con D.G.R. n. 23-1053 del 24.11.2010 "Progetto di continuità assistenziale per i pazienti con SLA e le loro famiglie", in particolare per quanto riguarda il rafforzamento degli interventi domiciliari tramite la definizione di un progetto individualizzato nell'ambito di una valutazione multiprofessionale.

Tutto ciò premesso,

visto il Decreto Interministeriale del 4 ottobre 2010,  
visto il Decreto Interministeriale del 15 novembre 2011,  
viste le Linee guida del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 2 novembre 2010,  
visti il D.P.C.M. 14.2.2001 ed il D.P.C.M. 29.11.2001,  
vista la L.R. n. 27 del 30.12.2011;  
vista la D.G.R. n. 22-11870 del 2 marzo 2004,  
vista la D.G.R. n. 27-12969 del 30 dicembre 2009,  
vista la D.G.R. n. 23-1053 del 24.11.2010;  
vista la D.G.R. n. 35-3223 del 30.12.2011;  
vista la D.G.R. n. 23-3332 del 30/1/2012;  
vista la D.G.R. n. 24-3333 del 30.01.2012;  
vista la D.G.R. n. 19-3494 del 27.02.2012;

la Giunta Regionale, a voti unanimi, resi nelle forme di legge,

*delibera*

- di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali, tramite i Distretti Sanitari, diano attuazione alle azioni previste al punto A “Attività svolta a sostegno della domiciliarità” del Piano Economico (Allegato A) della D.G.R. n. 19-3494 del 27.2.2012;

- di approvare, per le motivazioni in premessa illustrate, la specifica modulistica necessaria ai fini dell’attuazione del programma “Progetto di continuità assistenziale per i pazienti con SLA e le loro famiglie”, di cui alla D.G.R. n. 19-3494 del 27.2.2012, che prevede l’assistenza delle persone adulte affette da SLA e da altre malattie del motoneurone:

1. Allegato A: Modalità di assegnazione dei contributi
2. Allegato B: Tabella di valutazione clinica per la SLA,
3. Allegato C: Richiesta di contributo economico a sostegno della domiciliarità e/o di ricovero di sollievo;
4. Allegato D: Certificazione di Stadiazione;
5. Allegato E: Attribuzione della fascia di intensità e relativo importo assegnato;

- di stabilire che alla spesa complessiva di euro 7.610.000,00, di cui al Piano Economico (Allegato A) della D.G.R. n. 19-3494 del 27.02.2012, si farà fronte con le risorse disponibili sul capitolo n. 152662/2012;

- di stabilire che la domanda di richiesta di erogazione del contributo economico a sostegno della domiciliarità deve essere presentata direttamente al Distretto Sanitario di residenza, presso apposita Struttura organizzativa individuata da ciascuna Azienda Sanitaria Locale, la quale deve individuare tale Struttura organizzativa entro 15 giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regionale del presente provvedimento, dandone contestualmente comunicazione alla Regione Piemonte, Direzione Politiche Sociali;

- di stabilire che gli interventi oggetto del presente provvedimento si integrano con le azioni attuative del progetto sperimentale approvato con D.G.R. n. 23-1053 del 24.11.2010 “Progetto di

continuità assistenziale per i pazienti con SLA e le loro famiglie”, in particolare per quanto riguarda il rafforzamento degli interventi domiciliari tramite la definizione di un progetto individualizzato nell’ambito di una valutazione multiprofessionale;

- di rinviare a successivo provvedimento dirigenziale l’impegno e l’assegnazione delle risorse a favore delle Aziende Sanitarie Locali che provvederanno ad erogarle direttamente a ciascun Distretto Sanitario sulla base del tasso di prevalenza 10/100.000 abitanti dei pazienti adulti affetti da SLA, per dare attuazione alle azioni previste al punto A “Attività svolta a sostegno della domiciliarità” del Piano Economico (Allegato A) della D.G.R. n. 19-3494 del 27.2.2012;

- di rinviare a successivo provvedimento la definizione delle modalità di monitoraggio degli interventi attuati e dei finanziamenti erogati ai sensi dell’art. 3 comma 2 del Decreto Interministeriale del 15 novembre 2011.

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

(omissis)

Allegato

## ALLEGATO A

### **CONTRIBUTO ECONOMICO A SOSTEGNO DELLA DOMICILIARITA' A FAVORE DI PERSONE ADULTE AFFETTE DA SLA E DA ALTRE MALATTIE DEL MOTONEURONE. di cui al Programma attuativo "Progetto di continuità assistenziale per i pazienti con la SLA e le loro famiglie" - D.G.R. n. 35-3223 del 30.12.2011**

Per poter dare attuazione a quanto previsto dalla D.G.R. n. 35-3223 del 30.12.2011, e dalla successiva D.G.R. n. 19-3494 del 27.2.2012, per garantire uniformità nella certificazione di stadiazione, rilasciata dai due Centri esperti per la SLA, operanti rispettivamente presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria San Giovanni Battista di Torino e presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità di Novara, occorre prevedere una griglia di valutazione.

Allo scopo è stata utilizzata la Tabella di valutazione delle patologie neuromuscolari proposta nei documenti conclusivi dell'attività svolta dalla Consulta delle Malattie Neuromuscolari, istituita con Decreto Ministeriale del 7 febbraio 2009 recepita in sede di Conferenza Unificata del 25 maggio 2011.

La Tabella per la valutazione clinica per la .SLA, di cui al presente allegato, prende in considerazione le funzioni, principali e secondarie, compromesse dalla SLA e precisamente respirazione, nutrizione, comunicazione e motricità, per le quali individua quattro livelli di compromissione, che determinano rispettivamente un deficit moderato, medio-grave, grave e completo. Per ciascun item di ognuno dei quattro livelli di compromissione sono stati attribuiti dei valori, la cui somma identifica un punteggio che permette l'individuazione del livello di compromissione complessiva.

In analogia con la D.G.R. 39-11190 del 6 aprile 2009 e la D.G.R. 56-13332 del 15 febbraio 2010, i livelli di compromissione sono stati definiti di bassa, media, medio-alta intensità ed è stato previsto un ulteriore livello di alta intensità per i casi di elevatissima gravità determinata dalla completa compromissione delle autonomie funzionali.

Pertanto, i livelli di compromissione clinica con il relativo punteggio correlato sono i seguenti:

- bassa intensità assistenziale	punteggio da 4 a 9
- media intensità assistenziale	punteggio da 10 a 14
- medio-alta intensità assistenziale	punteggio da 15 a 19
- alta intensità assistenziale	punteggio $\geq$ 20.

Poiché, l'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico – diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità, si prevede che il Distretto, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni, abbia la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione.

L'attività a sostegno della domiciliarità prevista nel Programma attuativo si articola in:

- potenziamento delle azioni di supporto attraverso l'incremento del numero di ore di assistenza tramite l'assunzione di un assistente familiare
- riconoscimento del lavoro di cura del familiare-caregiver
- potenziamento dei ricoveri di temporanei (sollevio).

Gli interventi economici riconosciuti a favore dei beneficiari possono finanziare un mix delle prestazioni succitate.

Pertanto, si definiscono i seguenti importi economici correlati all'intensità :

- bassa intensità assistenziale	euro 440,00 mensili
- media intensità assistenziale	euro 1.100,00 mensili
- medio-alta intensità assistenziale	euro 1.350,00 mensili
- alta intensità assistenziale	euro 2.000,00 mensili

I beneficiari dei contributi economici a sostegno della domiciliarità possono richiedere, inoltre, ricoveri residenziali temporanei per un periodo non superiore ai 30 giorni, anche non continuativi nell'anno solare.

Anche la domanda per la residenzialità temporanea deve essere presentata presso la Struttura organizzativa individuata nel Distretto che concorderà con il richiedente la struttura residenziale socio sanitaria e il periodo di inserimento.

In caso di inserimento in struttura residenziale o di eventuale ricovero in presidio ospedaliero il contributo assegnato non è sospeso.

La spesa sostenuta per la residenzialità temporanea non rientra nel budget previsto per la residenzialità e semiresidenzialità per anziani non autosufficienti e disabili.

La Struttura organizzativa individuata nel Distretto può avvalersi dell'organizzazione aziendale prevista per la residenzialità degli anziani non autosufficienti sia per funzioni amministrative sia per l'inserimento dei dati per ottemperare al debito informativo previsto dal D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" (FAR) ai sensi della D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010.

La struttura organizzativa individuata attiverà un fascicolo personale del paziente richiedente in cui acquisirà :

- Richiesta di contributo economico a sostegno della domiciliarità e/o di ricovero di sollievo
- Certificazione di Stadiazione
- Attribuzione della fascia di intensità e relativo importo assegnato.

Nel caso in cui la persona affetta da SLA presenti una nuova Certificazione di stadiazione quest'ultima deve essere acquisita nel fascicolo personale del paziente; se tale certificazione comporta l'attribuzione di una fascia d'intensità diversa da quella in essere, la struttura organizzativa deve procedere all'aggiornamento del corrispettivo economico.

**Allegato B**

**TABELLA PER LA VALUTAZIONE CLINICA PER LA SLA**

FUNZIONI		LIVELLO 1	LIVELLO 2	LIVELLO 3	LIVELLO 4
RESPIRAZIONE		Dispnea in attività fisiche moderate <b>2</b>	Dispnea in attività fisiche minimali <b>4</b>	Dispnea a riposo, necessita di NIV intermittente e/o notturna <b>15</b>	Dipendenza assoluta dal ventilatore (tracheo o NIV > a 18 h die) <b>20</b>
NUTRIZIONE	DEGLUTIZIONE	Disfagia occasionale o sporadica <b>2</b> <b>OPPURE</b>	Disfagia con necessità di modifiche nella dieta <b>4</b> <b>OPPURE</b>	Necessità di alimentazione enterale adiuvata <b>10</b> <b>OPPURE</b>	Alimentazione solo parenterale o enterale <b>16</b> <b>OPPURE</b>
	ALIMENTARSI	Si alimenta da solo, necessita di aiuto saltuario per la preparazione del cibo <b>0</b>	Necessità di aiuto saltuario per la preparazione del cibo e nell'alimentarsi <b>2</b>	Necessità di aiuto per la preparazione del cibo e nell'alimentarsi <b>6</b>	Dipendenza nell'alimentazione per un pasto completo <b>8</b>
COMUNICAZIONE	PAROLA	Disturbo lieve con linguaggio comprensibile <b>1</b> <b>E</b>	Disturbo moderato con linguaggio talora difficilmente comprensibile <b>2</b> <b>E</b>	Disturbo grave con linguaggio incomprensibile <b>3</b> <b>E</b>	Incapacità a comunicare verbalmente <b>4</b> <b>E</b>
	SCRITTURA	Rallentata e/o imprecisa ma comprensibile <b>1</b>	Rallentata ed imprecisa, talora difficilmente comprensibile <b>2</b>	Perdita della capacità di scrivere a mano con mantenimento della firma <b>3</b>	Perdita totale della capacità di scrivere anche su tastiera <b>6</b>
MOTRICITA'	DEAMBULAZIONE / SPOSTAMENTI	Autonoma ma rallentata, con rischio di caduta, faticosa o con minor resistenza; difficoltà di utilizzo dei mezzi pubblici e/o in ambiente esterno <b>1</b> <b>E</b>	Necessità di sorveglianza o ausili per deambulare; necessita di aiuto per spostamenti con mezzi pubblici o in esterno <b>2</b> <b>E</b>	Deambulazione possibile in autonomia con ausili solo in ambiente senza barriere; non in grado di utilizzare mezzi pubblici <b>3</b> <b>E</b>	Deambulazione solo per pochi passi non funzionale per spostamenti; dipendenza da una persona per spostarsi <b>5</b> <b>E</b>
	PASSAGGI POSTURALI	Autonomo ma rallentato <b>0</b>	Autonomo ma con difficoltà <b>1</b> <b>E</b>	Necessità di aiuto saltuario o rischio di caduta <b>2</b> <b>E</b>	Dipendenza da una persona per la maggior parte dei passaggi <b>5</b> <b>E</b>
	LAVARSI / CURA DI SE' / TOILETTE	Autonomo con difficoltà <b>1</b> <b>OPPURE</b>	Necessità di aiuto saltuario / uso di ausili o necessità di aiuto costante solo in specifiche attività <b>2</b> <b>OPPURE</b>	Necessità di aiuto parziale nella maggior parte delle attività <b>3</b> <b>OPPURE</b>	Dipendenza da una persona <b>5</b> <b>OPPURE</b>
	VESTIRSI	Autonoma ma imprecisa e difficoltosa <b>1</b>	Non sempre autonoma e con necessità di assistenza occasionale <b>1</b>	Necessità di assistenza subcontinua <b>3</b>	Dipendenza totale da una persona <b>5</b>

LIVELLO di STADIAZIONE	PUNTEGGIO
<b>0</b>	0 - 3
<b>1 moderato</b>	4 - 9
<b>2 medio-grave</b>	10 - 14
<b>3 grave</b>	15 - 19
<b>4 completo</b>	$\geq 20$

**Allegato C**

**Al Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_**

**dell'Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
/ \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

in qualità di:     diretto interessato     tutore     amministratore di sostegno

chiede

- contributo economico a sostegno della domiciliarità per le persone adulte affette da SLA e da altre malattie del motoneurone
- ricovero temporaneo in struttura residenziale

**ai sensi della D.G.R. ....**

**SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO**

**IL SIG./ LA SIG.RA** \_\_\_\_\_

in qualità di:

convivente (specificare) .....  
prossimo congiunto (specificare grado di parentela) .....  
altro(specificare) .....

chiede

- contributo economico a sostegno della domiciliarità per le persone adulte affette da SLA e da altre malattie del motoneurone
- ricovero temporaneo in struttura residenziale

**ai sensi della D.G.R.....**

a favore di

Sig./ra \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

A tal fine:

- *Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.*
- *Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione ; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgv. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria del Distretto sanitario.*

## COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

riceve o ha ricevuto interventi da

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

Allega alla presente domanda la Certificazione di Stadiazione predisposta dal Centro Esperto SLA dell'Azienda Universitaria Ospedaliera \_\_\_\_\_.

## CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Via / piazza \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

## CONSENSO

Ricevuta l' informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy 2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

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

Firma \_\_\_\_\_

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

**N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria del Distretto Sanitario al seguente numero telefonico \_\_\_\_\_**

CENTRO ESPERTO SLA

Azienda Ospedaliera Universitaria.....

**CERTIFICAZIONE STADIAZIONE SLA**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Codice ICD IX CM patologia principale (*):  
Codice ICD IX CM patologie concomitanti (*):  
Codice ICD IX CM patologie concomitanti (*):  

(\*) che determina la maggiore ricaduta funzionale

<b>Valutazione stadiazione SLA</b>						
FUNZIONI		LIVELLO 1	LIVELLO 2	LIVELLO 3	LIVELLO 4	PUNTI
RESPIRAZIONE		Dispnea in attività fisiche moderate <b>2</b>	Dispnea in attività fisiche minimali <b>4</b>	Dispnea a riposo, necessita di NIV intermittente e/o notturna <b>15</b>	Dipendenza assoluta dal ventilatore (tracheo o NIV > a 18 h die) <b>20</b>	
NUTRIZIONE	DEGLUTIZIONE	Disfagia occasionale o sporadica <b>2</b> <b>OPPURE</b>	Disfagia con necessità di modifiche nella dieta <b>4</b> <b>OPPURE</b>	Necessità di alimentazione enterale adiuvata <b>10</b> <b>OPPURE</b>	Alimentazione solo parenterale o enterale <b>16</b> <b>OPPURE</b>	
FUNZIONI		LIVELLO 1	LIVELLO 2	LIVELLO 3	LIVELLO 4	PUNTI
	ALIMENTARSI	Si alimenta da solo, necessita di aiuto saltuario per la preparazione del cibo <b>0</b>	Necessita di aiuto saltuario per la preparazione del cibo e nell'alimentarsi <b>2</b>	Necessita di aiuto per la preparazione del cibo e nell'alimentarsi <b>6</b>	Dipendenza nell'alimentazione per un pasto completo <b>8</b>	
COMUNICAZIONE	PAROLA	Disturbo lieve con linguaggio comprensibile <b>1</b> <b>E</b>	Disturbo moderato con linguaggio talora difficilmente comprensibile <b>2</b> <b>E</b>	Disturbo grave con linguaggio incomprensibile <b>3</b> <b>E</b>	Incapacità a comunicare verbalmente <b>4</b> <b>E</b>	
	SCRITTURA	Rallentata e/o imprecisa ma comprensibile <b>1</b>	Rallentata ed imprecisa, talora difficilmente comprensibile <b>2</b>	Perdita della capacità di scrivere a mano con mantenimento della firma <b>3</b>	Perdita totale della capacità di scrivere anche su tastiera <b>6</b>	
MOTRICITÀ	DEAMBULAZIONE / SPOSTAMENTI	Autonoma ma rallentata, con rischio di caduta, faticosa o con minor resistenza; difficoltà di utilizzo dei mezzi pubblici e/o in ambiente esterno <b>1</b> <b>E</b>	Necessità di sorveglianza o ausili per deambulare; necessita di aiuto per spostamenti con mezzi pubblici o in esterno <b>2</b> <b>E</b>	Deambulazione possibile in autonomia con ausili solo in ambiente senza barriere; non in grado di utilizzare mezzi pubblici <b>3</b> <b>E</b>	Deambulazione solo per pochi passi non funzionale per spostamenti; dipendenza da una persona per spostarsi <b>5</b> <b>E</b>	
	PASSAGGI POSTURALI	Autonomo ma rallentato <b>0</b>	Autonomo ma con difficoltà <b>1</b> <b>E</b>	Necessità di aiuto saltuario o rischio di caduta <b>2</b> <b>E</b>	Dipendenza da una persona per la maggior parte dei passaggi <b>5</b> <b>E</b>	

	LAVARSI / CURA DI SÈ / TOILETTE	Autonomo con difficoltà <b>1</b>	Necessità di aiuto saltuario / uso di ausili o necessità di aiuto costante solo in specifiche attività <b>2 E</b>	Necessità di aiuto parziale nella maggior parte delle attività <b>3 E</b>	Dipendenza da una persona <b>5 E</b>	
	VESTIRSI	Autonoma ma imprecisa e difficoltosa <b>1</b>	Non sempre autonoma e con necessità di assistenza occasionale <b>1</b>	Necessità di assistenza subcontinua <b>3</b>	Dipendenza totale da una persona <b>5</b>	
TOTALE:						

### LIVELLO DI INTENSITA' ASSISTENZIALE

LIVELLO di STADIAZIONE	PUNTEGGIO	Livello di Intensita'assistenziale
<b>0</b>	0 - 3	<b>0</b>
<b>1 moderato</b>	4 - 9	<b>1 bassa</b>
<b>2 medio-grave</b>	10 - 14	<b>2 media</b>
<b>3 grave</b>	15 - 19	<b>3 medio-alta</b>
<b>4 completo</b>	≥ 20	<b>4 alta</b>

Prima valutazione

Rivalutazione

**Note:**

.....

.....

.....

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

Firma e timbro del compilatore \_\_\_\_\_

**Distretto Sanitario di \_\_\_\_\_**  
**Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_**

**Definizione dell'intensità assistenziale  
per il contributo economico a sostegno della domiciliarità  
per persone adulte affette da SLA e da altre malattie del  
motoneurone**

**ai sensi della D.G.R. n.....del.....**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

	<b>4 - 9</b>	<b>10 - 14</b>	<b>15 - 19</b>	<b>≥ 20</b>
	<b>Bassa intensità</b>	<b>Media intensità</b>	<b>Medio alta intensità</b>	<b>Alta intensità</b>
<b>Esito Certificazione di Stadiazione</b>				

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

Il Distretto ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

Motivazione

.....

.....

.....

.....

	<b>4 - 9</b>	<b>10 - 14</b>	<b>15 - 19</b>	<b>≥ 20</b>
	<b>Bassa intensità</b>	<b>Media intensità</b>	<b>Medio alta intensità</b>	<b>Alta intensità</b>
<b>Contributo</b>	<b>440,00 euro</b>	<b>1.100,00 euro</b>	<b>1.350,00 euro</b>	<b>2.000,00 euro</b>

**Barrare il valore del contributo economico mensile attribuito.**

**Prima valutazione**       **Rivalutazione**

**Assegnazione:**

.....

.....

**Il Responsabile** \_\_\_\_\_

**Firma per accettazione** \_\_\_\_\_

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_