



UNIONE DEI COMUNI NORD EST TORINO

PROVINCIA di TORINO

Codice Fiscale 95018840017

SETTORE SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

Via Roma 3 – 10036 SETTIMO TORINESE

tel. 011.816.90.11 - fax 011.816.90.22

REGOLAMENTO DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA

AFFERENTE AL TERRITORIO DELL'ASL TO4

Approvato con D.C.U. n. 22 del 18.04.2013

ARTICOLO 1

Oggetto

Il presente regolamento disciplina l'attività dell' Unità di Valutazione Geriatria (U.V.G.) nell'ambito dei principi dell'ordinamento e nel rispetto della normativa nazionale, regionale e della Convenzione per "L'applicazione dei livelli essenziali di assistenza all'area dell'integrazione socio sanitaria" già stipulata tra l'ASL TO4 ed i seguenti Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali afferenti all'ambito territoriale stessa: il Consorzio Servizi Sociali IN.RE.TE.di Ivrea, il C.I.S.S – A.C. di Caluso, il C.I.S.S. 38 di Cuorgnè, il C.I.S.S.P. (Ente in scioglimento), il C.I.S.S. di Chivasso, il C.I.S.A. di Gassino, il C.I.S. di Ciriè ed il Servizio Sociale della Comunità Montana "Valli di Lanzo, Ceronda e Casternone".

L'ambito di intervento dell' U.V.G. coincide con il territorio dell' A.S.L. TO4 e la sua operatività è organizzata con riferimento ai Distretti dell' A.S.L. stessa. I componenti variano in relazione all'organizzazione territoriale dei servizi sanitari e sociali.

ARTICOLO 2

Fonti normative specifiche

Il Progetto Obiettivo Anziani individua nell' Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G) il nucleo centrale del coordinamento per accedere ai diversi servizi socio – sanitari rivolti agli anziani.

Le Unità di Valutazione Geriatriche sono state istituite dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 14 – 26366 del 28.12.1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo 'Tutela della salute degli anziani'. Unità di Valutazione Geriatrica" ed il funzionamento delle stesse è stato regolamentato con le DD.GG.RR. nn. 113 –16221 del 22.6.1992 e n. 188 – 24789 del 3.5.1993.

La D.G.R. n. 51 - 11389 del 23 dicembre 2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria" definisce la continuità delle cure attraverso la presa in carico globale della persona non autonoma da parte dei servizi socio-sanitari integrati. Tali servizi devono assicurare il coordinamento di tutti gli interventi necessari nel passaggio fra le diverse fasi del percorso clinico-assistenziale, avendo cura che venga ottimizzata la permanenza nelle singole fasi, in funzione dell'effettivo stato di salute e benessere del soggetto preso in carico.

Con D.G.R. n. 72-14420 del 20 dicembre 2004 "Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitarie e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente" si stabilisce che l' U.V.G. debba valutare le condizioni socio-sanitarie dei pazienti ricoverati in Reparti ospedalieri, al fine di individuare, congiuntamente con i medici ospedalieri ed il Medico di Medicina Generale (M.M.G.), il percorso da attuare per garantire la continuità assistenziale, predisponendo un Progetto individuale.

La D.G.R. n. 17-15226 del 30 marzo 2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" nell'Allegato 1.A ridefinisce sia la composizione sia le funzioni dell'U.V.G. prevedendo, quale funzione principe della stessa, l'individuazione, attraverso la valutazione multidimensionale delle persone, delle risposte idonee a soddisfare i loro bisogni sanitari e assistenziali, privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento al domicilio.

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2007 - 2010, con Deliberazione del Consiglio Regionale del 24 ottobre 2007 n. 137 - 40212, tra le strategie generali di sviluppo per quanto attiene la tutela della salute della popolazione anziana, afferma che il principio secondo il quale deve ispirarsi il

modello organizzativo proposto è rappresentato dal raggiungimento della continuità delle cure, attraverso percorsi che ne assicurano la gestione, caso per caso, e per le differenti tipologie del bisogno. Altresì il PSSR afferma che occorre ottimizzare la presa in carico dell'anziano, soprattutto se affetto da patologie croniche, lavorando sui percorsi socio-sanitari delle persone, al fine di ritardare la non autosufficienza e l'eventuale istituzionalizzazione e prevenire ricoveri impropri. Particolare attenzione richiede il momento dell'accesso alla rete dei servizi, mediante azioni volte alla semplificazione e uniformità dei percorsi e la diffusione delle informazioni.

La D.G.R. 42-8390 del 10.3.2008 ad oggetto "Cartella Geriatrica dell' Unità di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" e della D.G.R. n. 14-26366/1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG".

La D.G.R. n. 55-9323 del 28.7.08 ad oggetto "Definizione delle modalità e dei criteri di utilizzo da parte delle ASL e dei Soggetti Gestori delle funzioni socio assistenziali, delle risorse assegnate a livello nazionale, al Fondo per le non autosufficienze per l'anno 2007 ed attribuite alla Regione Piemonte" ha stabilito modalità e linee di indirizzo per la presentazione di progetti riguardanti l'attivazione dello Sportello Unico Socio Sanitario.

La D.G.R. n. 39-11190 del 06.04.2008 ad oggetto "Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria ed istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungoassistenza di anziani non autosufficienti. Estensione dei criteri per la compartecipazione al costo delle prestazioni di natura domiciliare di cui alla D.G.R. n. 37-6500 del 23.07.2007", ha regolamentato i contributi economici per gli interventi a sostegno della domiciliarità.

ARTICOLO 3

Funzioni dell'Unità di Valutazione Geriatria

- 1) L'Unità di Valutazione Geriatrica è lo strumento attraverso il quale l'Azienda e gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali afferenti all'ambito territoriale assicurano il rispetto delle disposizioni normative nazionali e regionali in merito alle funzioni di valutazione delle persone anziane non autosufficienti e delle persone i cui bisogni assistenziali e sanitari siano assimilabili ad anziani non autosufficienti.
- 2) L'Unità di Valutazione Geriatrica opera per le sottoelencate funzioni:
 - a) La proposta degli atti deliberativi finalizzati all'attuazione delle normative nazionali, regionali e degli accordi locali.
 - b) La proposta del regolamento e le successive eventuali modifiche ed integrazioni. Il regolamento deve essere approvato previa intesa tra l'Azienda Sanitaria e gli Enti Gestori, e viene adottato con atto formale.
 - c) Il monitoraggio delle modalità di attuazione del regolamento al fine di realizzare una omogenea applicazione dei criteri e degli strumenti clinici di valutazione.
L' U.V.G. assicura inoltre la raccolta, l'elaborazione, la verifica di dati uniformi e rispondenti al debito informativo verso la Regione, il Ministero, la Direzione Generale dell'Azienda e gli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali.
 - d) La valutazione dell'appropriatezza, dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi attuati in funzione degli esiti di salute attesi con riferimento all'ambito aziendale dell' A.S.L. TO4.
 - e) La raccolta e l'elaborazione dei dati emersi a seguito dell'analisi dei bisogni svolta dai Distretti e dagli Enti Gestori, in merito agli interventi afferenti all'area della domiciliarità, a quella della semi residenzialità e della residenzialità.

- f) La proposta di programmi e progetti atti a rispondere, nel modo più adeguato, ai reali bisogni delle persone anziane affette da patologie che determinano non autosufficienza e delle loro famiglie in ottemperanza ai principi di garanzia della continuità delle cure in ogni fase del percorso clinico assistenziale, di sviluppo degli interventi domiciliari e di implementazione degli inserimenti in strutture semiresidenziali e residenziali.
 - g) La consulenza tecnico scientifica per l'adeguata organizzazione e verifica dei servizi socio-sanitari rivolti agli anziani.
 - h) La partecipazione alla definizione di linee guida per la formazione degli operatori sanitari e sociali operanti nell'ambito dei servizi rivolti agli anziani affetti da patologie che determinano non autosufficienza.
 - i) La collaborazione con la Commissione di Vigilanza dell' A.S.L. TO 4 in merito alle funzioni alla stessa attribuite a garanzia del corretto funzionamento dei presidi e della qualità delle prestazioni offerte agli ospiti.
- 3) L'Unità di Valutazione Geriatrica garantisce, inoltre :
- a) lo svolgimento delle attività istruttorie finalizzate alla valutazione delle situazioni ed alla definizione dei progetti individuali;
 - b) l'individuazione, attraverso la valutazione multidimensionale, dei bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio;
 - c) la predisposizione del Progetto di intervento individualizzato, l'identificazione della fascia d'intensità, il livello di complessità ed il conseguente livello prestazionale nonché il punteggio ai fini della costituzione delle liste d'attesa;
 - d) l'individuazione di un referente del progetto per la singola persona ed il monitoraggio della realizzazione e dell'andamento dei Progetti individualizzati attraverso la validazione del P.A.I. predisposto e costantemente aggiornato dai servizi titolari dell'intervento;
 - e) la valutazione volta a definire la condizione di auto o non autosufficienza degli anziani ospiti in strutture afferenti al bacino territoriale di competenza quando richiesta dalle Commissioni di Vigilanza , dai N.A.S , dall'Autorità Giudiziaria.

La seduta dell' Unità di Valutazione Geriatrica è valida quando sono presenti il Dirigente del Servizio Socio-Assistenziale o suo delegato, il Direttore di Distretto o suo delegato, l' Infermiere del Distretto.

Il Medico di Medicina Generale che ha in carico l'assistito da valutare, su richiesta di quest'ultimo, può partecipare ai lavori; nel caso in cui sia presente in commissione, ne diventa membro effettivo per l'esame di quel singolo caso.

L' Unità di Valutazione Geriatrica può essere integrata da medici specialisti o operatori che abbiano conoscenza diretta del caso in esame.

Le sedute di valutazione possono essere domiciliari (abitazione, struttura residenziale, Ospedale, Casa di Cura), oppure ambulatoriali.

ARTICOLO 4

Articolazione dell' Unità di Valutazione Geriatria (U.V.G.)

L' Unità di Valutazione Geriatrica dell'ASL TO4 si articola in sei U.V.G. distrettuali, composte dal rispettivo Direttore di Distretto o suo delegato, con funzioni di Presidente, dal Dirigente del Servizio Socio-Assistenziale competente rispetto alla residenza delle persone o suo delegato, da un infermiere del Distretto stesso.

L' U.V.G. effettua le valutazioni e predispone il progetto assistenziale.

Le attività amministrative di supporto che prevedono il contatto con gli utenti sono svolte a livello distrettuale, anche avvalendosi dello Sportello Unico Socio Sanitario. Si tratta delle funzioni di accoglienza, informazione, orientamento, ricevimento delle domande di valutazione, programmazione delle visite, invio dei giudizi espressi dall' U.V.G., tenuta ed aggiornamento delle liste d' attesa, autorizzazione all' inserimento residenziale in convenzione.

Le attività amministrative di supporto che non prevedono il contatto con l'utenza sono svolte a livello centrale, in una sede aziendale. Si tratta delle funzioni di: monitoraggio amministrativo degli inserimenti residenziali e dei relativi costi, rilevazione dei dati di esercizio, tenuta dei rapporti con le Strutture residenziali.

Le funzioni di indirizzo e di integrazione delle Unità di Valutazione Geriatrica Distrettuali sono garantite dalla Direzione Integrata delle Attività Distrettuali dell' A.S.L. TO4. Analogamente rispetto all' uniformità procedurale dei giudizi e delle proposte progettuali espressi dalle Unità Valutative Geriatriche stesse nonché alla gestione dei ricorsi.

ARTICOLO 5

Valutazioni ed interventi con carattere di urgenza

Nelle situazioni ritenute inderogabili il Direttore del Distretto ed il Dirigente del Servizio Socio-Assistenziale di riferimento territoriale o loro delegati possono anticipare i tempi della valutazione da parte dell' U.V.G., rispetto alla programmazione per data di presentazione della domanda.

Nelle situazioni in cui si ravvisino caratteri di urgenza per aspetti sanitari o sociali il Direttore del Distretto e il Dirigente del Servizio Socio-Assistenziale di riferimento territoriale o loro delegati possono attivare misure urgenti e darne comunicazione nella prima seduta utile dell' U.V.G. per i successivi adempimenti del caso.

ARTICOLO 6

Il percorso di accesso agli interventi a sostegno della domiciliarità, all'assistenza semi residenziale e residenziale

Il seguente percorso e la relativa modulistica sono definiti nel rispetto e nell'applicazione delle indicazioni contenute nella normativa vigente con particolare riferimento alla D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008.

Le persone anziane e le persone i cui bisogni assistenziali e sanitari siano assimilabili ad anziani non autosufficienti che necessitino di prestazioni socio-sanitarie, o le persone individuate a rappresentarle, possono inoltrare all' U.V.G., su apposito modulo ex D.G.R. n. 42-8390, la richiesta di valutazione.

Inoltre è possibile che terze persone segnalino all' Unità di Valutazione Geriatrica anziani per i quali si renda opportuno una valutazione.

La modulistica per la presentazione della richiesta di valutazione geriatrica è disponibile presso:

- lo Sportello Unico Socio- Sanitario
- gli sportelli distrettuali
- lo Sportello Sociale e le sedi territoriali dei Servizi Socio-Assistenziali
- I siti internet dell'ASL TO4 e degli Enti Gestori delle funzioni socio- assistenziali

La richiesta di valutazione può essere consegnata presso :

- lo Sportello Unico Socio- Sanitario
- gli sportelli distrettuali
- lo Sportello Sociale e le sedi territoriali dei Servizi Socio-Assistenziali

La richiesta può essere altresì spedita tramite posta al Distretto.

La data effettiva di presentazione della domanda è attribuita a cura del Distretto quando la domanda è completa e corredata dalla documentazione richiesta.

Nelle situazioni in cui la domanda sia presentata direttamente allo Sportello Unico Socio-Sanitario o presso il Distretto, i rispettivi operatori, ove possibile, comunicano anche la data ed il luogo previsti per la valutazione, con la specificazione che la persona può richiedere al Medico di Medicina Generale (M.M.G.) la partecipazione ai lavori dell' U.V.G. per l'esame della sua situazione.

Nelle situazioni in cui la domanda sia inviata per posta, il Distretto comunica la data e il luogo previsti per la valutazione tramite una comunicazione scritta con la specificazione che la persona può richiedere al M.M.G.. la partecipare ai lavori della Commissione per l'esame della sua situazione.

Il percorso della valutazione, con l'attribuzione del relativo punteggio e l'individuazione del Progetto individualizzato, deve concludersi indicativamente entro sessanta giorni.

L'esito della valutazione, che si conclude con la definizione della "risposta assistenziale" più adeguata alle necessità della persona (Progetto domiciliare, semiresidenziale o residenziale), è comunicato in forma scritta all'interessato.

Qualora la "risposta assistenziale" più adeguata non sia immediatamente attivabile, il nominativo della persona valutata viene inserito in una lista di attesa suddivisa per tipologia d'intervento.

L'inserimento nella lista d'attesa della residenzialità comprende le persone per le quali risulta realisticamente impossibile l'attivazione di un intervento alternativo alla residenzialità stessa e non comprende persone per le quali è già attivo un progetto di domiciliarità definito dall' U.V.G.

Qualora intervengano eventi, sanitari e/o sociali, che modifichino in modo significativo la situazione complessiva della persona può essere richiesta una rivalutazione. Detta richiesta deve essere sempre accompagnata e motivata da una certificazione medica specifica e dettagliata comprovante le motivazioni dell'aggravamento e/o da una documentazione attinente la condizione sociale. Per le richieste di rivalutazione si utilizza l' iter procedurale descritto.

Le prestazioni essenziali socio-sanitarie che possono essere fornite alle persone anziane affette da patologie che determinano non autosufficienza, attraverso l' Unità di Valutazione Geriatrica sono:

- interventi a sostegno della domiciliarità
- inserimenti in strutture residenziali in regime di semiresidenzialità
- inserimenti in strutture residenziali, temporanei e definitivi
- inserimenti in strutture semiresidenziali.

Le strutture semiresidenziali e residenziali sono individuate prioritariamente tra quelle gestite direttamente dall' A.S.L. TO4 e dagli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali e quindi tra quelle convenzionate con l'A.S.L. TO4. E' fatta salva la possibilità per gli aventi diritto, che ne facciano richiesta, di essere collocati in strutture situate in ambito territoriale regionale extra aziendale, previa verifica dei requisiti autorizzativi e del rapporto convenzionale con l'A.S.L. territorialmente competente, in caso di avvicinamento al familiare di riferimento per garantirne assidua frequentazione. L'A.S.L. TO4 si impegna a cooperare per facilitare il ricovero nelle strutture del proprio territorio di anziani residenti in altre zone che vogliano avvicinarsi ai propri congiunti, purchè in regime di convenzione con l'A.S.L. di provenienza.

ARTICOLO 7

Il processo di valutazione

1. L'Unità di Valutazione Geriatrica garantisce la massima partecipazione dell'interessato e dei familiari al processo di valutazione. Il processo di valutazione si sviluppa attraverso:
 - a) indagine sociale e sanitaria finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni dell'anziano con particolare attenzione all'individuazione di eventuali condizioni che permettano la realizzazione di un progetto di mantenimento al domicilio, nel rispetto della volontà della persona di come vivere e affrontare la sua condizione di non autosufficienza;
 - b) valutazione complessiva e definizione del percorso assistenziale concordato con il beneficiario e con la sua famiglia.

2. L'indagine viene svolta mediante l'esame della documentazione e l'accertamento socio sanitario diretto attraverso visita ambulatoriale oppure presso il domicilio della persona (abitazione, ospedale, casa di cura, struttura residenziale). Nel caso in cui l'anziano soggiorni presso strutture collocate in ambiti territoriali esterni all'A.S.L. TO4, l'Unità di Valutazione Geriatrica può richiedere che l'accertamento sanitario venga svolto per rogatoria (attraverso l' U.V.G. competente per il territorio).

3. Gli strumenti adottati per la valutazione sono contenuti nella cartella geriatrica (D.G.R.42-8390 del 10.03.2008) ed in particolare:
 - a) le scale di V.M.D. sanitarie (ADL, IADL, DISCO, SPMSQ, DMI, CIRS) attraverso le quali si quantifica il grado di salute ed autosufficienza del soggetto con l'attribuzione di un punteggio fino ad un massimo di 14 punti;
 - a) La scheda di valutazione sociale attraverso la quale si analizza la situazione di bisogno connessa alla condizione socio-economica, ambientale, assistenziale e familiare della persona con l'attribuzione di un punteggio fino ad un massimo di 14 punti;

4. Visti i bisogni e gli obiettivi definiti, viene predisposto il progetto secondo l'articolazione dello schema approvato dalla D.G.R. n. 42/2008 (Modulo D – D1 – D2).

5. La fascia di intensità assistenziale è individuata nell'ambito del progetto personalizzato, in base alla tipologia del bisogno e della risposta individuata. (D.G.R . n. 42/2008 Modulo C – C1).

6. Nelle situazioni in cui siano necessari ulteriori approfondimenti è possibile sospendere temporaneamente il processo valutativo, dandone comunicazione per iscritto al richiedente. Dalla data di tale comunicazione decorrono nuovamente i termini previsti.

7. Con la definizione della fascia di intensità assistenziale e del progetto individuale si conclude il processo di valutazione della persona.

8. Le schede di valutazione geriatrica sono conservate presso il Distretto e sono consultabili con le procedure previste dalla normativa vigente in materia di trasparenza sugli atti amministrativi.

9. In caso di mancata presentazione alla visita ambulatoriale o domiciliare senza giustificato motivo e relativa comunicazione al Distretto, l'interessato deve riconfermare per iscritto la volontà di essere sottoposta a nuova valutazione.

ARTICOLO 8

Riformulazione del Progetto e della risposta assistenziale individuata

E' possibile che nel corso della realizzazione del progetto la condizione della persona e i suoi bisogni si modifichino in modo rilevante tale da determinare la ridefinizione del progetto e/o la modifica della risposta individuata.

Qualora, quindi, per sopravvenute circostanze l' anziano con progetto domiciliare o semiresidenziale necessiti di un progetto di residenzialità, ridefinito sempre e comunque dall' U.V.G., verrà inserito nella lista di attesa tenendo conto della data di prima valutazione.

Qualora la persona sia al domicilio con un intervento di lungoassistenza o con un intervento a sostegno della domiciliarità, l'équipe delle cure domiciliari e/o l'assistente sociale di riferimento dell'interessato comunicano all' U.V.G eventuali variazioni dei bisogni nell'ambito del P.A.I., unitamente alla valutazione sullo stato di salute della persona effettuata dal medico di medicina generale, proponendo la modificazione della fascia/livello prestazionale o la riformulazione del progetto con l'individuazione di una risposta residenziale comprensiva della relativa fascia/livello prestazionale adeguata. L' U.V.G. è tenuta ad individuare la risposta più adeguata. L'eventuale inserimento in lista d'attesa tiene conto di quanto definito nel presente regolamento;

Qualora invece, l' anziano sia inserito in una struttura residenziale l'équipe multidisciplinare della struttura stessa comunica all' U.V.G. eventuali variazioni dei bisogni nell'ambito del P.A.I., unitamente alla valutazione sullo stato di salute dell'ospite effettuata dal medico di medicina generale, proponendo la relativa fascia/livello prestazionale adeguati all'evolvere della situazione. L' U.V.G. è tenuta ad esprimersi in merito entro i successivi trenta giorni.

ARTICOLO 9

Attivazione degli interventi

1. Dal momento della presa in carico con l'intervento ritenuto più idoneo in sede di valutazione e condiviso con l'interessato o chi ne fa le veci, viene garantito all'assistito il costante monitoraggio della sua situazione. All'aggravarsi della condizione dell'anziano si risponde pertanto con la rivalutazione del caso e con la proposizione degli interventi di volta in volta più adeguati all'evoluzione della situazione. Il fine ultimo della presa in carico così condotta è di assicurare la continuità assistenziale dell'anziano accompagnando l'evoluzione della sua storia.

2. Le persone inserite nella specifica graduatoria non maturano alcun aumento automatico del punteggio legato alla data della domanda. Gli utenti hanno facoltà di richiedere una successiva valutazione in caso di aggravamento così come indicato al precedente art. 6.

3. L' anziano, o la persona individuata a rappresentarlo, è tenuto a pronunciarsi sull'accettazione o meno dell'intervento entro 5 giorni consecutivi dalla comunicazione, anche verbale, della possibilità di attivazione dell'intervento. La mancata comunicazione nel termine previsto viene considerata alla stregua di un rifiuto definitivo che consente all'amministrazione di proporre l'intervento all'utente successivo in graduatoria. Il rifiuto può essere definitivo o temporaneo. Il rifiuto definitivo comporta la cancellazione dalla graduatoria, quello temporaneo comporta il mantenimento del diritto acquisito fino a quando lo stesso interessato non richieda il rientro nella graduatoria che potrà avvenire in base al punteggio ed alla data di presentazione della domanda.

4. L'inserimento in struttura deve avvenire indicativamente entro i 3 giorni successivi all'accettazione.

ARTICOLO 10

Inserimenti residenziali

Gli inserimenti presso le strutture residenziali possono essere di due tipi:

- a tempo indeterminato;
- temporanei (ricoveri di sollievo, percorsi di continuità assistenziale di cui alla D.G.R. n. 72-14420 del 20.12.2004);

Ricoveri temporanei:

- ricoveri di sollievo

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

E' realizzabile qualora l'anziano sia inserito in una rete familiare in grado di rispondere ai bisogni assistenziali dello stesso e qualora compaia un evento che scompensi temporaneamente il sistema di protezione assistenziale, risolvibile attraverso l'allontanamento temporaneo dell'anziano dal suo contesto di vita e sia possibile il rientro a domicilio dopo valutazione della sua fattibilità. Di norma non è rinnovabile, né ripetibile prima che sia trascorso un semestre. Sarà data priorità alle richieste dell'anziano/richiedente che non ha richiesto il ricovero a tempo indeterminato;

- percorsi di continuità assistenziale:

si richiamano le DD.GG.RR. n. 41-5952 del 07.05.02 e n. 72-14420 del 20.12.2004 per quanto attiene i percorsi di continuità assistenziale.

ARTICOLO 11

Tutele

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

ARTICOLO 12

Ricorsi

E' ammesso il ricorso al giudizio espresso dall' U.V.G. entro 30 giorni dal ricevimento del giudizio stesso.

A richiesta della persona sottoposta a valutazione, in esito alla presentazione di ricorso, partecipa ai lavori della commissione il suo Medico di fiducia che diviene, a tutti gli effetti, componente dell' Unità di Valutazione Geriatrica.

La risposta ai ricorsi, da espletarsi entro 30 giorni, è di competenza della Direzione Integrata delle Attività Distrettuali dell' A.S.L. TO4.

ART. 13
Norme transitorie

L'applicazione del presente regolamento decorre dalla data di deliberazione da parte dell'A.S.L. TO4 e degli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali.



UNIONE DEI COMUNI NORD EST TORINO

PROVINCIA di TORINO

Codice Fiscale 95018840017

SETTORE SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI

Via Roma 3 – 10036 SETTIMO TORINESE

tel. 011.816.90.11 - fax 011.816.90.22

**REGOLAMENTO DI APPLICAZIONE OMOGENEA
DELLA SCHEDA VALUTAZIONE SOCIALE U.V.G.
Afferente al territorio dell'ASL TO4**

**APPROVATA DALLA REGIONE PIEMONTE
CON D.G.R. n. 42-8390 DEL 10.03.2008**

**E MODIFICATA
CON D.G.R. n. 69-481 DEL 02.08.2010**

Approvato con Delib. C.U. n. 22 del 18.4.2013

Gli Enti Gestori afferenti alla ASL TO 4 hanno definito, a seguito dell'emanazione della D.G.R. sopra citata, i seguenti criteri operativi comuni nell'applicazione della valutazione sociale all'interno della scheda di valutazione U.V.G.

1. CONDIZIONE ABITATIVA

Quando la persona da valutare è ricoverata in regime di lungodegenza o in struttura residenziale in ricovero temporaneo/sollievo, si considera come se fosse al domicilio tranne quando ci sono già accordi con la struttura in cui è inserita per rendere definitivo l'inserimento;

Si attribuisce punteggio 1 all'area abitativa quando la persona è già ricoverata in struttura con inserimento definitivo

2) *difficilmente raggiungibili* è da intendersi oltre 1 Km dall'abitazione e anche in relazione alle condizioni della persona

3) l'abitazione si considera *isolata* anche quando la persona non è in grado di accedere e usufruire dei servizi

Sfratto

4) deve essere presentata idonea documentazione comprovante lo sfratto

Servizi igienici

9) si considerano *adeguati* quando sono presenti wc – doccia o vasca – lavandino – bidet – finestra o aspirazione forzata, acqua calda e se completamente fruibili dalla persona

Riscaldamento

11) se esiste un impianto centralizzato prevale su altre forme di riscaldamento

Barriere architettoniche

15) visto quando specificato al punto 9), al punto 15) non si considerano le barriere architettoniche riferite ai servizi igienici, compreso l'accesso agli stessi.

2. CONDIZIONE ECONOMICA

Dalla data di pubblicazione del presente regolamento tutti gli Enti Gestori dovranno utilizzare, per la valutazione della condizione economica, l'I.S.E. Individuale Integrato, in analogia a quanto dettato dalla DGR 37 – 6500 del 23 luglio 2007, già applicata dai singoli regolamenti degli Enti dal 01.01.2008.

Per I.S.E. Individuale Integrato si intende l'utilizzo del valore I.S.E. sommato ai redditi non soggetti all'IRPEF (indennità di accompagnamento, rendite INAIL, assegno sociale, integrazioni sociali al minimo, pensioni di invalidità civile, pensioni di guerra, ecc.).

L'integrazione all' I.S.E. individuale si desume dall'autocertificazione “dichiarazione sostitutiva delle condizioni socio-economiche” che l'interessato deve presentare (modulo comune a tutti gli Enti Gestori e già utilizzato nelle richieste di integrazione retta). L'autocertificazione dovrà essere consegnata alla persona al momento del ritiro da parte dell'interessato della modulistica di richiesta U.V.G, e da quest'ultimo restituita compilata al momento della valutazione sociale.

Le fasce di reddito (con I.S.E. Individuale Integrato) vengono determinate come segue:

FASCE DI REDDITO

da € 0,00 a € 11.000,00	punti	4
da € 11.000,01 a € 15.000,00	punti	3
da € 15.000,01 a € 20.000,00	punti	2
da € 20.000,01 a € 25.000,00	punti	1
oltre € 25.000,01	punti	0

L'Indennità di Accompagnamento viene considerata dal momento del suo riconoscimento; per le richieste in corso l'Indennità di Accompagnamento si considera dal momento in cui l'interessato riceve il verbale di accertamento d'Invalidità.

Nel caso in cui la persona si rifiuti di presentare l'I.S.E. Individuale Integrato, si attribuirà alla condizione economica punteggio zero.

Nel caso di assoluta impossibilità a reperire/produrre I.S.E individuale integrato in tempo utile alla valutazione si considera, in via provvisoria, il solo reddito annuale conosciuto, salvo successiva rivalutazione.

In tal caso, viene considerato quale reddito quello ricavato dalla documentazione in possesso dell'interessato (OBIS, CUD, 730, 740, Mod Unico, a cui vanno aggiunte le eventuali rendite INAIL, le Pensioni di Guerra ecc), al netto delle trattenute fiscali

FASCE DI REDDITO ANNUALE (in assenza di I.S.E. Individuale Integrato)

da € 0,00 a € 9.300,00	punti	4
da € 9.300,01 a € 15.480,00	punti	3
da € 15.480,01 a € 21.588,00	punti	2
da € 21.588,01 a € 27.588,00	punti	1
oltre € 27.588,01	punti	0

Le suddette tabelle saranno aggiornate il 1° luglio di ogni anno, secondo l'indice ISTAT, similmente al valore applicato per l'adeguamento rette delle strutture.

In caso di urgenza di inserimento in struttura si procederà come previsto nel Regolamento U.V.G.

3. CONDIZIONI FAMILIARI

Schema per la compilazione

CONDIZIONE FAMILIARE	PARTE DA COMPILARE
Persona sola, senza nessun parente	A
Persona che vive con convivente/i e non ha altri parenti	da B1 a B5 + B6 (non esistono altri parenti oltre ai conviventi)
Persona che vive con convivente/i e ha anche una rete parentale non convivente	da B1 a B5 (no B6) e da B7 a B11
Persona che ha solo parenti non conviventi tenuti agli alimenti	da C1 a C5
Persona che ha solo parenti non conviventi non tenuti agli alimenti	da C6 a C7

Per parenti tenuti agli alimenti si intendono quelli indicati dall'articolo 433 C.C.: coniuge – figli o in loro mancanza i discendenti prossimi – genitori – generi/nuore – suocero/suocera – fratelli/sorelle.

Quando la persona è ricoverata temporaneamente in struttura si considerano i conviventi al momento dell'inserimento.

Quando la persona è ricoverata definitivamente in struttura si considera priva di conviventi e pertanto si compila il quadro C.

Nel caso in cui la persona valutata (sia a domicilio, sia in struttura) abbia il coniuge già inserito in struttura (con o senza valutazione UVG), si attribuisce punteggio 16, ottenuto con C2 o C3, indipendentemente dalla situazione degli altri famigliari non conviventi. Ciò per eguagliare la situazione in cui la persona valutata abbia al domicilio il coniuge non autosufficiente (B1 = 11) e famigliari non conviventi (B8 o B9 = 5).

B) Persona con conviventi

Per conviventi si intendono le persone che convivono anche se non parenti, Si considerano conviventi anche coloro che di fatto vivono insieme all'anziano, ma che anagraficamente risultano residenti altrove.

B2) Per elevata età si intende dai 75 anni in poi.

B4) Per avvenimenti particolari si intendono: lutto, malattia, perdita del lavoro, indicativamente negli ultimi sei mesi.

C) Persona che vive sola, con rete parentale non convivente

Quando sono presenti più parenti non conviventi, si prende in considerazione la situazione del parente che prevalentemente si occupa dell'anziano.

C4) lontananza: distanza fisica superiore indicativamente a 50 Km – elevati tempi di spostamento superiore a circa 1 ora e mezza giornaliera complessiva o comunque tutto ciò che rende difficoltoso il mantenimento di una relazione stabile fra il valutato e la sua rete parentale (es. condizioni economiche, assenza di trasporti, ecc.).

4. CONDIZIONI ASSISTENZIALI

4 A) Persona valutata a domicilio

Da 1 a 6 la valutazione attiene al soddisfacimento del bisogno nel suo complesso e non alle sole capacità di soddisfare il bisogno da parte della persona stessa.

9) Espresa volontà di ricovero dell'interessato: si attribuisce il punteggio solo se il valutato è "lucido".

4 B) Persona valutata in struttura residenziale

B 15) Come A 9): si attribuisce il punteggio solo se il valutato è "lucido"; è da compilare anche per persone entrate in struttura molto tempo prima della valutazione, ed in modo autonomo (es. persona autosufficiente): in tal caso si fa riferimento, ove possibile, alla volontà espressa in precedenza.

Grado di copertura necessario per soddisfare i seguenti bisogni assistenziali del valutato: indicare "zero" se la struttura è adeguata ed i bisogni sono quindi soddisfatti; in caso contrario indicare "uno" o "due" a seconda del livello di mancata soddisfazione dei bisogni (ad es. se la persona è inserita in una Residenza per Autosufficienti ma non è autosufficiente o se la struttura non garantisce la copertura del servizio di somministrazione dei pasti).

Spese sostenute negli ultimi sei mesi per assistenza:

Si considera il costo sostenuto complessivamente, nei sei mesi precedenti la valutazione, per il pagamento dell'assistente familiare (stipendio, contributi, quota T.F.R., quota tredicesima mensilità) fino ad un massimo pari a € 1350 mensili (€ 1640 senza rete familiare) così come da D.G.R. 56-13332 del 15.02.2010; il costo sostenuto deve essere autocertificato dalla persona, che è tenuta a consegnare copia del contratto di assunzione dell'assistente familiare.

Il costo sostenuto, calcolato come indicato sopra, viene detratto dall'I.S.E.