



DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

ACCORDO DI PROGRAMMA Piano Nazionale Non Autosufficienza 2022-2024

Accordo interistituzionale di collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria per persone con non autosufficienza o disabilità

Il presente Accordo Interistituzionale definisce e regola i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale in materia, necessarie per sviluppare il Percorso assistenziale integrato all'interno dell'ambito territoriale, secondo le tre aree di responsabilità Istituzionale, Gestionale/Organizzativa e Professionale.

Atteso che il presente Accordo delinea il quadro di riferimento sia per l'intesa istituzionale, sia per le misure dedicate all'integrazione organizzativa e interprofessionale. L'Accordo declina gli impegni reciproci che le parti assumono in attuazione del LEPS di Processo come definito dalla programmazione nazionale, e reca tre allegati che definiscono:

- A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.
- B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.
- C. Indicazioni per il coordinamento tra LEPS sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

Accordo di Programma FRA

- COMUNE DI CODIGORO, codice fiscale e partita IVA 00339040388 rappresentato dal Sindaco Alice Zanardi;
- AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI FERRARA, C.F e P.IVA 01295960387 rappresentata dalla Direttrice Generale, Dottoressa Monica Calamai;
- AZIENDA SERVIZI ALLA PERSONA "EPPI - MANICA - SALVATORI" C.F. 01760920387 rappresentata dal Direttore Dott. Cristiano Benetti;
- ASP del Delta Ferrarese P.IVA: IT00921900387 rappresentata dalla Direttrice Dottoressa Angela Petrucciani.

Considerate la Legge 33/2017, il D.lgs. 147/2017 e la Legge 234/2021;

Richiamati il D.P.C.M. 29 novembre 2001 'Definizione dei livelli essenziali di assistenza' e il D.P.C.M 12 gennaio 2017 'Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza';

Allo scopo di disciplinare la collaborazione organizzativa e professionale in materia di integrazione sociosanitaria e, nello specifico del presente Atto, per le persone con non autosufficienza o disabilità;

CONVENGONO

Titolo I – Intesa istituzionale e ambiti di cooperazione

Art 1 - Finalità



DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

Il presente Accordo di Programma, ai sensi della normativa richiamata in premessa intende perfezionare il processo di integrazione dei servizi e tra servizi che, attraverso l'identificazione degli ambiti sui quali intervenire prioritariamente, consenta di definire e attuare:

- a) il sistema locale degli interventi e dei servizi sociosanitari, atti a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute delle persone che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di supporto e protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di sostegno, garantendo i livelli essenziali previsti dai rispettivi Enti;
- b) le modalità organizzative dei servizi e le risorse strutturali e professionali;
- c) i sistemi informativi applicati, le relative modalità di dialogo operativo, nonché le attività di monitoraggio e valutazione del sistema integrato;
- d) progetti innovativi che permettano il diffondersi del metodo del budget di salute, sperimentando processi virtuosi a matrice corale di intervento.

Art. 2 - Oggetto

Per l'ambito territoriale Distretto Sud Est, il presente Accordo di Programma definisce l'intesa interistituzionale e gli accordi di cooperazione organizzativa, gestionale e professionale necessari per l'attuazione del **Livello Essenziale delle Prestazioni** relativo al Processo assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di disabilità, che necessitano di interventi di tipo sia sociale che sanitario, secondo le disposizioni del Comma 163 della L. 234/2021.

Art. 3 - Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o con disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale individualizzato, monitoraggio degli esiti di salute, come definite all'allegato A del presente Accordo.

Art. 4 - Cooperazione interprofessionale

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 234/2021, e come definito all'allegato A del presente accordo, la cooperazione interprofessionale si basa sulla costituzione dell'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS.

Il percorso di presa in carico si basa sulla valutazione e primo accesso effettuato presso la rete degli sportelli o presso i PUA e dalla successiva valutazione dell'UVM presente in ogni ambito distrettuale.

L'equipe integrata assicura la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario definiscono i contenuti del processo assistenziale integrato, e coordinano gli strumenti di valutazione dei bisogni complessi.

Si allegano le procedure operative UVG e UVM condivise in CTSS.

Art. 5 - Cooperazione organizzativa

DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

In riferimento alle disposizioni del Comma 163 della L. 234/2021, e come definito all'allegato B del presente accordo, il percorso assistenziale integrato è garantito all'interno dell'ambito territoriale sociale (ATS), attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità e presso gli sportelli sociali.
Si allega l'elenco degli sportelli sociali dell'ambito distrettuale.

Presso i PUA operano equipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, che assicurano il lavoro integrato, la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Nelle more dell'attivazione dei PUA presso le Case della Comunità, le Parti si impegnano a individuare modalità e sedi stabili di concertazione al fine di garantire in ogni caso la valutazione multidimensionale e la presa in carico integrata; allo stesso tempo definiscono la dotazione, le modalità di funzionamento e l'organizzazione dell'equipe integrata operante nell'ambito territoriale sociale e al distretto sanitario.

Si allega l'elenco dei PUA già attivi presso le Case della Comunità dell'ambito distrettuale.

Le parti concordano di completare il percorso di definizione dei PUA presso le case della Comunità entro il 2024.

Art. 6 - Modalità di integrazione degli interventi

In riferimento alle disposizioni del Comma 160 della L. 234/2021, e come definito all'allegato C del presente accordo, i LEPS sono realizzati dagli ambiti territoriali sociali (ATS) che costituiscono la sede necessaria nella quale programmare, coordinare, realizzare e gestire gli interventi, i servizi e le attività utili al raggiungimento dei LEPS medesimi. L'erogazione di interventi, servizi o attività, secondo modalità dirette o indirette, è necessariamente definita dal Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) elaborato nell'ambito del percorso assistenziale. Lo stesso PAI definisce anche l'indispensabile integrazione puntuale tra interventi, servizi o attività riferiti a LEP sociali e corrispondenti interventi, servizi o attività definiti dai LEA socio sanitari quando appropriati rispetto ai bisogni complessi di salute accertati e valutati. A questo scopo l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario pongono in essere tutte le attività di collaborazione necessarie, sia a livello direzionale e programmatico, che a livello organizzativo e professionale.

Titolo II – Organizzazione e strumenti

Art. 7 - Programmazione integrata

Il primo passo per l'integrazione sociosanitaria è la programmazione congiunta, funzione strategica che definisce, sulla base di priorità e obiettivi comuni, gli interventi sinergici da mettere in campo, le risorse a disposizione e condivise, i processi e le procedure di attuazione. Alla funzione di programmazione spetta il compito di intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici, normativi e culturali e, sulla base di essi, di indicare interventi e risposte assistenziali adeguate. L'approccio integrato, nell'analisi dei bisogni, nelle scelte delle priorità d'intervento e nell'adozione degli strumenti di governo del sistema, permette di rispondere in maniera adeguata alla complessità dei fenomeni e dei bisogni sociosanitari complessi e trova la sua attuazione nella programmazione congiunta dei servizi sociosanitari, presenti all'interno del Piano sociale di Zona e del Programma delle Attività Territoriali.

DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

Art. 8 - Percorso assistenziale integrato

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali. La programmazione condivisa tra ambito territoriale sociale e distretto sanitario è orientata a definire le azioni necessarie per la costruzione del percorso assistenziale.

Art. 9 - Sistema unitario di accesso e PUA

La funzione di accesso costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito (si fa rinvio alla convenzione provinciale sottoscritta per la gestione e lo scambio dei dati attraverso un sistema informativo unico e server unico), che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle missioni 5 e 6 del PNRR. Il Punto Unico di Accesso rappresenta una modalità organizzativa di accesso unitario ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari rivolta, in particolare, a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni socio sanitarie e interventi sociali. In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo integrato e capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale e sociosanitaria. Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi.

Art. 10 - Equipe integrata di ambito e Unità di valutazione multidimensionale

Presso l'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario sono costituita le UVG/UVM composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, che garantisce la presenza di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato.

Il percorso di presa in carico si basa sulla valutazione e primo accesso effettuato presso la rete degli sportelli o presso i PUA e dalla successiva valutazione dell'UVM presente in ogni ambito distrettuale.

A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Le amministrazioni locali e l'azienda sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona.

Art. 11 - Piano assistenziale individualizzato

Il Piano assistenziale individualizzato costituisce la fase di elaborazione del quadro delle risposte appropriate sulla base della valutazione multidimensionale, un unico PAI che ricomprende tutte gli interventi destinati alla persona presa in carico e al suo nucleo familiare. L'equipe integrata definisce gli obiettivi di salute dei

DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

servizi e le prestazioni idonee al loro raggiungimento secondo l'intensità del bisogno, anche in relazione alle caratteristiche, alle competenze e alle risorse del nucleo familiare e del contesto di vita. L'equipe integrata cura la definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare, inoltre attiva i servizi competenti che provvedono a realizzare le attività previste dal PAI.

Art. 12 - Budget di salute e di comunità

Ai fini di prevenire l'istituzionalizzazione garantendo i diritti fondamentali, civili, sociali, alla salute riconoscendo il protagonismo e la libertà di scelta delle persone con disabilità e delle persone non autosufficienti e delle loro reti relazionali, si rende necessario dare attuazione a quanto previsto dalla L 328/2000, dai LEA socio sanitari (DPCM 12/1/2017), dalla L 162/98 superando modelli socio-sanitari di welfare prestazionale che producono frammentazione di spesa pubblica e di interventi. In esito al processo valutativo, i Progetti Personalizzati e Partecipati cogestiti con gli interessati in forma flessibile e dinamica, sono sostenuti dal Budget di Salute e di Comunità in attuazione della Legge 17 luglio 2020, art. 1 comma 4 bis a valere sulle risorse sociali di cui al Fondo Nazionale per le non autosufficienze e sulle risorse sanitarie destinate all'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Capo IV del D.P.C.M. 12 gennaio 2017 nel limite dei massimali regolamentati dalla Regione, delle quote, delle tipologie di costo e delle percentuali di compartecipazione previsti per i servizi diurni e residenziali. La riconversione di spesa pubblica la conseguente sostenibilità dell'articolazione individualizzata del piano progettuale consente il perseguimento di obiettivi di autonomia, abilitazione e inclusione.

Art. 13 - Ufficio sociosanitario integrato di ambito

In staff all'Ufficio di Piano è istituito il Gruppo di Programmazione e Monitoraggio che svolge le funzioni dell'Ufficio Socio sanitario Integrato e provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività disciplinate dal presente accordo. l'Ufficio sociosanitario integrato è coordinato dal DASS in collaborazione con il Direttore del Distretto sanitario e dal Responsabile dell'Ufficio di Piano e le ulteriori responsabilità gestionali che si rendessero necessarie per l'organizzazione delle funzioni professionali e tecnico-amministrative richieste dal pieno svolgimento del processo assistenziale integrato. Il Gruppo di programmazione e monitoraggio, integrato da componenti delle UVM/UVG, rappresenta altresì lo strumento per la realizzazione delle funzioni di cui all'art. 8 del presente Accordo. Il Gruppo di Programmazione e Monitoraggio si riunisce con cadenza almeno mensile.

Componenti:

- Responsabile dell'Ufficio di Piano
- Direttore di Distretto
- DASS
- Referenti per la UVM e per la UVG distrettuale
- Direttore di ASP del Delta Ferrarese
- Direttore di ASP Eppi Manica Salvatori

I componenti possono richiedere la presenza di propri operatori esperti per specifiche aree tematiche

Art. 14 - Gestione delle informazioni

DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

Gli Enti firmatari del presente Accordo si impegnano a perseguire tutte le soluzioni operative utili alla condivisione delle informazioni necessarie per lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del processo assistenziale **integrato**. **Nell'ambito dei servizi sociosanitari integrati, e al fine di favorire la presa in carico integrata della persona** nella sua globalità, gli Enti Firmatari si impegnano a favorire e sviluppare l'interoperabilità tra i loro sistemi informativi nel rispetto della normativa nazionale ed europea su privacy e trattamento dati.

A tale proposito si fa rinvio a quanto disciplinato dalla CONVENZIONE FRA AZIENDA USL DI FERRARA, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, ASP Centro Servizi alla Persona di FERRARA, ASSP UNIONE TERRE E FIUMI, ASP Eppi Manica Salvatori, ASP DEL DELTA Ferrarese, GAFSA, COMUNE di Bondeno per la gestione condivisa a livello provinciale di un sistema informativo socio sanitario unico.

Si allega Accordo di contitolarità ai sensi dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679.

Titolo III - Impegni degli Enti aderenti

Art. 15 – Impegni delle Amministrazioni Locali

Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze. Le Amministrazioni Locali provvedono alla piena funzionalità dell'Ambito territoriale sociale, di cui il Comitato di distretto costituisce l'organo di governance istituzionale, e pongono in essere le azioni necessarie a garantire:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'Accordo;
- La dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- La piena cooperazione tra le strutture organizzative delle singole amministrazioni con l'Equipe integrata di ambito, costituita anche dalle risorse FNA specificamente previste per acquisire nuove risorse, messe a disposizione a questo stesso scopo dall'Azienda sanitaria locale tramite il Distretto sanitario, come definito dalle programmazioni distrettuali.

La Amministrazioni Locali si impegnano altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema locale dei servizi sociali con la costruzione del sistema territoriale sanitario, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

Art. 16 – Impegni dell'Azienda sanitaria locale

Allo svolgimento del LEP di processo come definito dal presente accordo provvedono in modo coordinato l'Ambito territoriale sociale e il Distretto sanitario, secondo le rispettive competenze. L'Azienda sanitaria locale provvede alla piena funzionalità del Distretto sanitario e pone in essere le azioni necessarie a garantire:

- Lo svolgimento completo, appropriato e tempestivo delle attività previste da tutte le macrofasi del percorso assistenziale come definito all'Allegato A dell'Accordo;
- La dotazione di risorse di umane, strumentali e finanziarie necessaria a questo scopo, con particolare attenzione per l'adeguatezza delle professionalità coinvolte e la numerosità del personale;
- La piena cooperazione tra le strutture organizzative interne all'Azienda sanitaria, o afferenti ai Dipartimenti, con l'Equipe integrata di ambito, costituita anche dalle risorse messe a disposizione a questo stesso scopo dalle Amministrazioni Locali tramite l'Ambito territoriale sociale.

DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

L'Azienda sanitaria locale si impegna altresì a cooperare attivamente all'integrazione del sistema territoriale sanitario con la costruzione del sistema locale dei servizi sociali, con particolare riferimento alle Case di comunità e agli altri presidi territoriali, alle Centrali operative territoriali e al Punto unico di accesso.

Il Comitato di Distretto e l'Azienda sanitaria locale danno mandato al Gruppo di Programmazione e Monitoraggio di monitorare l'andamento del presente accordo, informando periodicamente i rispettivi enti di appartenenza dei risultati raggiunti.

Art. 17 - Allegati

Il presente Accordo è completato da sei allegati che ne fanno parte integrante:

- A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.
- B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato.
- C. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarietà.
- D. elenco degli Sportelli sociali
- E. Elenco dei PUA presso le Case della Comunità
- F. la procedura operativa delle UVM/UVG approvata dalla CTSS

Titolo IV – Trattamento dei dati.

Art. 18 – Accordo di contitolarità.

1. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 26 del Regolamento UE 2016/679 (di seguito RGPD) i trattamenti di dati svolti nell'ambito del presente ACCORDO DI PROGRAMMA si considerano trattamenti in contitolarità alle Aziende e dei Comuni firmatari della presente Convenzione.

2. Ai trattamenti di cui al presente articolo si applica, presso ciascun contitolare, i Regolamenti in materia di trattamento dei dati dei singoli sottoscrittori, ivi comprese le rispettive Linee Guida, anche in materia di gestione dei casi di violazione dei dati (C.D. DATA BREACH) dei sottoscrittori. In ogni caso, in caso di violazione dei dati trattati in contitolarità il soggetto deputato ad eseguire la notifica anche per conto degli altri è l'Azienda USL di Ferrara, a cui ciascun contitolare è tenuto a comunicare tempestivamente la violazione, entro 6 ore dalla conoscenza della stessa, sia all'indirizzo PEC dell'Azienda sia all'indirizzo PEO del Responsabile della Protezione dei Dati dell'Azienda (dpo@ausl.fe.it). La comunicazione della violazione ai sensi dell'art. 34 del Reg UE 679/2016, invece, è di competenza del contitolare presso il quale è avvenuta la violazione. Laddove non sia individuale uno specifico luogo, la comunicazione è di competenza dell'Azienda USL. L'Azienda USL è altresì competente a valutare l'effettivo obbligo di procedere alla notifica e alla comunicazione, avvalendosi della consulenza del suo Responsabile della Protezione dei Dati, che fornirà il parere sentendosi con i Responsabili della Protezione dei Dati degli altri contitolari.

4. Le parti si impegnano

- ad adottare, chiedendo e conformandosi al parere dei Responsabili della Protezione dei dati, il modello di informativa da utilizzare nell'ambito dei trattamenti svolti e a determinare le modalità per fornire detta informativa agli interessati;

DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

- ad adottare le misure di sicurezza di cui all'art. 32 RGPD sia di natura tecnica sia di natura organizzativa, se ritenuto opportuno, chiedendo e conformandosi al parere dei Responsabili della Protezione dei Dati;
- a procedere, unitamente agli altri contitolari del trattamento, alla valutazione di impatto necessaria ai sensi dell'art. 35, richiedendo ai Responsabili della Protezione dei dati parere sulla valutazione predisposta;
- a designare i Responsabili del trattamento che procedono al trattamento dei dati per conto di tutti i contitolari, fermo restando che la designazione dell'eventuale Responsabile che riguardi il trattamento di dati di titolarità esclusiva di ciascun contitolare resta di competenza del singolo titolare. Ciascun contitolare è competente alla designazione del Responsabile del trattamento anche per conto degli altri contitolari. La designazione è di competenza del contitolare che sottoscrive il contratto o il negozio giuridico che genera la necessità di procedere alla designazione stessa. In mancanza di contratto o di negozio giuridico la competenza alla designazione del Responsabile è dell'Azienda USL.

5. Il riscontro all'esercizio dei diritti dell'interessato resta di competenza del contitolare del trattamento al quale è stata notificata.

6. Fermo restando la responsabilità solidale nei confronti degli interessati, come previsto dall'art. 82 RGPD, il titolare che abbia pagato l'intero risarcimento del danno ha diritto di rivalsa nei confronti degli altri titolari per la parte del danno corrispondente alla sua parte di responsabilità come prevista dal richiamato art. 82, par. 2 RGPD. In ogni caso, laddove la condotta omissiva o commissiva che ha provocato il danno non sia riferibile ad uno specifico titolare del trattamento, le Aziende e i Comuni parti della presente convenzione, nei rapporti interni, rispondono del danno in parti uguali.

7. Ai fini dell'applicazione del presente accordo di contitolarità e per agevolare i rapporti tra i Responsabili della Protezione dei Dati di ciascuna azienda, di seguito vengono indicati i dati di contatto di questi ultimi:

- Azienda USL di Ferrara: _dpo@ausl.fe.it
- Comune di Codigoro, capofila dei Comuni del Distretto Sud Est dpo-team@lepida.it;
- ASP del Delta Ferrarese: pietro.buzzi@cadf.it;
- ASP Eppi Manica Salvatori: sergio.cedolin@scconsulting.info;

Allegato A. Le macrofasi del percorso assistenziale integrato.

Percorso assistenziale integrato

Percorso assistenziale integrato		
Macrofasi	Contenuto	Attività
A) accesso	Orientamento e accesso al percorso assistenziale	- Orientamento al complesso dei servizi assistenziali - Accesso al percorso assistenziale dedicato (Primi riferimenti)



DISTRETTO FERRARA SUD-EST

Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

		anagrafici) - Compilazione della scheda di riconoscimento del/i care giver
A) Prima valutazione	Valutazione Preliminare dei bisogni della persona o del nucleo familiare	- Anagrafica completa della persona - Valutazione preliminare ○ Bisogno semplice - Invio strutture competenti ○ Bisogno complesso - Invio Unità di valutazione multidimensionale
A) Valutazione multidimensionale	Valutazione multidimensionale dei bisogni complessi delle persone o del nucleo familiare	- Equipe multidisciplinare - Valutazione multidimensionale - Attivazione servizi e prestazioni sociali, socio sanitari e sanitari - Monitoraggio dell'assorbimento di risorse
A) Piano assistenziale individualizzato	Piano assistenziale e di sostegno condiviso	- Definizione degli obiettivi di salute - Definizione dei servizi e delle prestazioni idonei al raggiungimento degli obiettivi di salute - Definizione delle risorse interne al nucleo familiare - Definizione del patto assistenziale e di sostegno condiviso con la persona e il suo nucleo familiare - Attivazione delle prestazioni previste nel

DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

		PAI - compilazione della "Sezione Care giver" del PAI
A) Monitoraggio e Valutazione PAP	- Andamento dei servizi e delle attività previste dal PAI - Valutazione dei risultati previsti dal PAI	- Rilevazione dei servizi e delle prestazioni effettivamente erogate nel periodo di tempo monitorato - Comparazione tra obiettivi di salute definiti e risultati raggiunti

Punto Unico di accesso

Il Punto Unico di Accesso rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità. Funzioni.

- Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse, ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli.
- Agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
- Avviare la presa in carico, mediante la prelievitazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
- Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.
- Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- funzioni di back office: prelievitazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali tramite il Distretto sanitario e dalle amministrazioni locali che compongono l'ATS. Per svolgere adeguatamente le sue funzioni, ciascun PUA deve prevedere una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi con il compito di

DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

garantire accoglienza, ascolto e preavalutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale. Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- Il Servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali professionalità sociali, tramite l'ATS.
- Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite il Distretto.
- Il servizio infermieristico di comunità.
- Gli adeguati servizi amministrativi e tecnici.
- Eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale.

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con tutti i presidi presenti nell'ambito territoriale siano essi sanitari che sociali.

Valutazione multidimensionale

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto, è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

- a La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni.
- b La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVM/UVMD o equipe integrata) formalmente riunita.

Unità di valutazione multidimensionale.

Funzioni.

- a Effettuare la valutazione multidimensionale e multidisciplinare che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.
- b Elaborare il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale - PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA.

DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

- c Individuare l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni.
- d Monitorare e verificare i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

La composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- Il medico di distretto.
- L'infermiere di comunità.
- L'assistente sociale dell'ATS.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali. Al fine di poter garantire un'effettiva integrazione tra il settore sociale e l'ambito sanitario, l'assistente sociale coinvolto nell'equipe integrata multidisciplinare è individuato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale. Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'equipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario.

Il governo del processo di presa in carico garantisce l'appropriatezza delle prestazioni e una corretta allocazione delle risorse professionali e finanziarie. La responsabilità del suddetto processo è ricondotta, all'Ufficio Sociosanitario Integrato composto dai Dirigenti di area sociale e sanitaria competenti per il territorio e aventi responsabilità di gestione delle risorse professionali ed economiche per il funzionamento dei servizi integrati.

Piano Assistenziale Individuale.

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) rappresenta la modalità operativa attraverso la quale, all'esito della valutazione multidimensionale, si declina il processo assistenziale. Il Piano Assistenziale Individuale integrato, attivato secondo le modalità di cui all'art. 14 della Legge 328/00 su istanza dell'interessato, è predisposto dall'UVM distrettuale in cui deve essere necessariamente presente l'assistente sociale designato dall'ambito territoriale. La progettazione individuale condivisa con l'utente, declina la natura degli interventi con gli obiettivi da raggiungere, le figure professionali coinvolte, il coordinamento necessario, le modalità e i tempi di attuazione degli interventi con i relativi costi, l'eventuale partecipazione dell'utente, le verifiche sull'appropriatezza e l'efficacia delle misure attuate, la ricomposizione del quadro degli interventi in atto sulla medesima persona.

Allegato B. Le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato. Collocazione del PUA.

I comuni e le aziende sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un punto unico di accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA). Le funzioni del PUA, si collocano nel distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali. Presso le Casa della Comunità, che si configurano come nodi strategici, di maggiore prossimità e riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste, è prevista tra le funzioni di base la presenza del Punto Unico di Accesso. Qualora in un distretto non sia ancora operativa una Casa della Comunità, il PUA potrà essere ubicato presso altra sede terri-



DISTRETTO FERRARA SUD-EST

Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

toriale del distretto sanitario o sociosanitario. Laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, sarà possibile definire più sedi PUA all'interno dello stesso distretto sociosanitario al fine di realizzare una maggiore prossimità. Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione ed il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali e dai comuni associati nell'ambito territoriale ottimale.

Equipe integrata di ambito.

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Queste attività sono seguite e alimentate attraverso le funzioni di back-office del PUA; la fase di prima valutazione è svolta in sinergia dalla COT (ove attiva) e dal PUA in modo da far gestire alla COT i casi con bisogni non complessi di tipo sanitario e al back-office del PUA

i casi con bisogni complessi sanitari e sociali

Organizzazione e dotazioni		Dotazione sociale			Dotazione sanitario		
Macrofasì	Riferimenti organizzativi	Professionale	Amministrativo	contabile	Professionale	Amministrativo	contabile
Accesso	Punto unico di accesso Casa della Comunità Presidi territoriali	2	2			3	
Prima Valutazione	Equipe integrata COT						
Valutazione Multidimensionale	Equipe integrata UVM	1			2 educatori 1 AS 1 medico		
Piano assistenziale	Equipe integrata	0.5					



DISTRETTO FERRARA SUD-EST

Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

individuato lizzato (Piano condiviso di soste- gno)	Servizi ATS Servizi Di- stretto				
Monito- raggio e valutazio- ne PAP	Servizi In- formativi Piattafor- me Inte- grate Interopera- bilità	0.5		2 educato- ri 1 AS	

In riferimento alla tabella del presente Allegato B, per garantire la funzionalità dell'equipe integrata lungo tutte le macrofasi del processo assistenziale integrato, le parti continueranno ad assicurare le risorse professionali, amministrative come già previsto dalle rispettive organizzazioni.

Ufficio sociosanitario integrato.

In staff all'Ufficio di Piano è istituito il Gruppo di Programmazione e Monitoraggio che svolge le funzioni dell'Ufficio Socio sanitario Integrato e provvede all'attuazione delle disposizioni contenute negli atti di programmazione e sovrintende alla gestione delle attività disciplinate dal presente accordo. L'Ufficio sociosanitario integrato è coordinato dal DASS in collaborazione con il Direttore del Distretto sanitario e dal Responsabile dell'Ufficio di Piano e le ulteriori responsabilità gestionali che si rendessero necessarie per l'organizzazione delle funzioni professionali e tecnico-amministrative richieste dal pieno svolgimento del processo assistenziale integrato. Il Gruppo di programmazione e monitoraggio, integrato da componenti delle UVM, rappresenta altresì lo strumento per la realizzazione delle funzioni di cui all'art. 8 del presente Accordo. Il Gruppo di Programmazione e Monitoraggio si riunisce con cadenza almeno mensile.

Componenti:

- Responsabile dell'Ufficio di Piano
- Direttore di Distretto
- DASS
- Referenti per la UVM e per la UVG distrettuale
- Direttore di ASP del Delta Ferrarese
- Direttore di ASP Eppi Manica Salvatori

I componenti possono richiedere la presenza di propri operatori esperti per specifiche aree tematiche

Funzioni:



DISTRETTO FERRARA SUD-EST

Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

- a Rilevazione del fabbisogno sociosanitario per l'elaborazione della programmazione e del monitoraggio dei servizi sociosanitari, rispettivamente definiti all'interno del Piano Attuativo Territoriale (PAT) così come nel Piano di Zona sociale.
- b Gestione e il monitoraggio delle risorse per la gestione integrata dei servizi sociosanitari.
- c Responsabilità dei Servizi per l'accesso integrato (sociosanitario) – PUA.
- d Attivazione di Equipe multidisciplinari per le situazioni sociosanitarie complesse o socio-educative-sanitarie complesse.
- e Supervisione dell'andamento dei processi assistenziali integrati di ambito.

Allegati 1 e 2 all'allegato B

Istruzioni Operative per il funzionamento di UVG e UVM

Allegato C. Indicazioni per il coordinamento tra LEP sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità.

	Sistema sociale LEPS	Sistema sanitario LEA
Cure domiciliari	Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 Dimissioni protette Dimissioni protette per persone che non dispongono di un'abitazione	DPCM 12/01/2017 art. 22 L'azienda sanitaria locale assicura la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.
	L.234/21 art. 1 comma 162 assistenza domiciliare sociale quale servizio caratterizzato dalla prevalenza degli interventi di cura della persona e di sostegno psico-socio-educativo	DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari di livello base: costituite da prestazioni professionali in risposta a bisogni sanitari di bassa complessità di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo, anche ripetuti nel tempo; le cure domiciliari di livello base, attivate con le modalità previste dalle regioni e dalle province autonome, sono caratterizzate da un «Coefficiente di intensità assistenziale» (CIA (1)) inferiore a 0,14;
	L.234/21 art. 1 comma 162	DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di I^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo riabilitativo



DISTRETTO FERRARA SUD-EST

							
Argenta	Comacchio	Goro	Lagosanto	Fiscaglia	Mesola	Ostellato	Portomaggiore

	assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, ad integrazione di interventi di natura sociosanitaria;	-assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un coefficiente intensità assistenziale (CIA) compreso tra 0,14 e 0,30 in relazione alla criticità e complessità del caso DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di II^ livello: costituite da prestazioni professionali prevalentemente di tipo Medico -infermieristico-assistenziale ovvero prevalentemente di tipo Riabilitativo -assistenziale a favore di persone con patologie o condizioni funzionali che richiedono continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA compreso tra 0,31 e 0,50, in relazione alla criticità e complessità del caso; DPCM 12/01/2017 art. 22 Cure domiciliari integrate (ADI) di III^ livello: costituite da prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico e riabilitativo, accertamenti diagnostici, fornitura dei farmaci, dei dispositivi
--	--	---

Allegato

Elenco Sportelli Sociali attivi nel distretto

Presso Asp del Delta Ferrarese, Codigoro, con personale dipendente ASP, funzionari AASS

Presso Municipalità di Migliaro con personale dipendente ASP, funzionario AASS

Comune di Argenta con personale ASPEMS Assistente sociale/educatore

Comune di Ostellato con personale ASPEMS Assistente sociale/educatore

Comune di Portomaggiore C/O Portoinforma con personale ASPEMS Assistente sociale/educatore

Elenco PUA presso le Case della Comunità

Casa di Comunità di Comacchio con personale dipendente ASP, funzionario AASS

Casa di Comunità di Portomaggiore con personale dipendente ASP, funzionario AA

 SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Ospedaliero-Sanitaria di Ferrara	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	
	U.O.C. Assistenza Anziani e Disabili	
	Procedura	
	Gestione delle Unità di Valutazione Geriatrica Territoriali (UVG)	
Redazione	Cognome/Nome	Funzione
	Franco Romagnoni Enrico Treggiari Elisabetta Palmieri Claudio Filippini Luca Paganini	Direttore U.O.C. Assistenza Anziani e Disabili Responsabile MO Ass. Anziani Distretto Ovest Responsabile MO Ass. Anziani Distretto Centro Nord Responsabile MO Ass. Anziani Distretto Sud Est Responsabile Aziendale Attività Socio Sanitarie e Salute Anziani Prov.le

1. Oggetto

La presente procedura descrive le modalità di gestione delle Unità di Valutazione Geriatrica Territoriali (UVG)

2. Scopo/obiettivo

Lo scopo del presente documento è descrivere le attività di gestione delle UVG in riferimento a:

- concessione dell'Assegno di Cura
- graduatoria CRA,
- dimissioni difficili,
- accesso agli altri servizi socio-sanitari della rete, finanziati dal FRNA. (Centro Diurno, ricoveri di sollievo, prestazioni di carattere socio-assistenziale).

Gli obiettivi sono:

- garantire la corretta applicazione dei regolamenti regionali e delle procedure aziendali
- omogeneizzare i comportamenti sul territorio provinciale
- garantire appropriatezza metodologica nelle attività di valutazione delle UVG.

3. Campo di Applicazione

La presente procedura va utilizzata da tutte le UVG, nella loro attività valutativa, in relazione alle differenti figure professionali che la compongono e alla tipologia di servizio richiesto.

4. Normativa di riferimento

- ✓ Legge regionale 5/94 Tutela e valorizzazione delle persone anziane – Interventi a favore di anziani non autosufficienti
- ✓ DGR 1378/99 ad oggetto Direttiva per l' integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati socio-sanitari di cui all'art. 20 della l.r. n. 5/94
- ✓ DGR 1377/99 ad oggetto Direttiva sui criteri, modalità e procedure per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio domicilio.
- ✓ DGR 1206/2006 ad oggetto: FONDO REGIONALE NON AUTOSUFFICIENZA. INDIRIZZI ATTUATIVI DELLA DELIBERAZIONE G.R. 509/2007. che prevede che Destinatari dei progetti individualizzati a carico del FRNA siano le persone non autosufficienti secondo i criteri di eleggibilità definiti nel Piano Regionale Sociale e Sanitario. Sino a tale definizione i criteri per gli anziani: valutazione multidimensionale dell'U.V.G., tramite strumenti utilizzati per l'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, ad esempio il Bina;
- ✓ Regolamento concessione Assegni di Cura, Linee di indirizzo Regione Emilia Romagna, Procedure Aziendali per l'ingresso in graduatoria per le C.R.A. ,
- ✓ DL n 64/2008 RER (art. 3 Disciplina degli accertamenti della disabilità).
- ✓ Lawton M.P. e Brody E.M., Gerontologist, 9:179-186, 1969, modificato

- ✓ Katz S. et al, Gerontologist, 1: 20-30,1970, modificato
- ✓ Pfeiffer E., JAGS, 23:433-441, 1975, modificato

5. Definizioni e sigle

Sigle	
AC	Assegno di Cura
AS	Assistente Sociale
SST	Servizio Sociale Territoriale
CDCA	Centrale Dimissioni Continuità Assistenziale
NSD	Nucleo Speciale Demenze
BADL	Basal Activities of Daily Living
BINA	Breve Indice di Non Autosufficienza
CD	Centro Diurno
CRA	Casa Residenza per Anziani
DD	Dimissione Difficile
FRNA	Fondo Regionale per la Non Autosufficienza
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
PAI	Piano Assistenziale Individuale
RdC	Responsabile del Caso
RER	Regione Emilia Romagna
SPMSQ	Short Portable Mental Status Questionnaire
UO	Unità Operativa
UVG	Unità di Valutazione Geriatrica
VMD	Valutazione Multidimensionale

6. Responsabilità

RESPONSABILITÀ DELLA VALUTAZIONE

La Responsabilità della valutazione va distinta a seconda della composizione dell'equipe che può organizzarsi con modalità operative diverse, secondo la tipologia della richiesta (Paragrafo 7).

Quando l'UVG effettua la valutazione con l'**equipe al completo**, i profili di responsabilità sono attribuiti come da tabella 6.A.

Tabella 1 Responsabilità professionali per area di valutazione nell'**UVG al completo**

AREA di VALUTAZIONE	Medico	Infermiere	AS
A. CLINICO-SANITARIA	R	C	I
B. ASSISTENZIALE-NURSING	C	R	I
C. SOCIALE	I	I	R

Legenda: R= responsabile C= coinvolto I= informato

Nel caso che l'UVG esegua la VMD nella sua **composizione ridotta/semplificata** i profili di responsabilità si distribuiscono come nella tabella 6.B

Tabella 2: responsabilità professionali per area di valutazione nell'**UVG ridotta/semplificata**.

AREA di VALUTAZIONE	Medico o Infermiere	AS
A. CLINICO-SANITARIA	R	I
B. ASSISTENZIALE-NURSING	R	I
C. SOCIALE	I	R

Legenda: R= responsabile C= coinvolto I= informato

7. Descrizione della attività e modalità operative

Premessa

Definizione del Piano di Assistenza Individuale (PAI)

La valutazione delle persone anziane può richiedere anche più sedute per la raccolta completa delle informazioni necessarie (risorse e bisogni).

A tutte le richieste di VMD che afferiscono alle UVG viene garantita una valutazione personalizzata integrata, adeguata alla complessità dei bisogni sociali e sanitari individuali.

E' possibile che i membri dell'UVG abbiano necessità di procedere in modo individuale all'approfondimento di tematiche di specifica competenza.

In ogni caso il processo di valutazione si deve concludere con la definizione di un PAI condiviso in cui l'equipe esplicita il progetto individuale proposto a supporto della situazione segnalata.

In coerenza con quanto definito al punto 7, il PAI deve essere sottoscritto formalmente da almeno due membri dell'UVG:

- l'assistente sociale,
- un membro di area sanitaria (obbligatoriamente il medico in caso di Dimissione Difficile/Complessa da presidio ospedaliero/struttura intermedia o con PAI per RSA/NSD).

Gli strumenti utilizzati

La VMD è un processo interprofessionale che permette di definire in modo integrato i bisogni del soggetto valutato, per la raccolta di informazioni oggettive e confrontabili vengono impiegati strumenti di valutazione, specifici per le diverse dimensioni (allegato 2):

- BADL, ovvero le attività di base della vita quotidiana,
- IADL, ovvero le attività più complesse (strumentali) della vita quotidiana,
- SPMSQ per la quantificazione del deficit cognitivo.

Il BINA è lo strumento che la Regione ha individuato come indice per la certificazione della non autosufficienza, definisce la soglia di complessità al di sopra della quale il cittadino può accedere ai servizi della rete.

La Regione ha confermato questo strumento come base essenziale dei flussi informativi, relativi ai servizi erogati alle persone non autosufficienti.

Per questi motivi è necessario che tutte le VMD dell'UVG vengano concluse con la compilazione della scheda BINA individuale, secondo i criteri di riferimento descritti dal "manuale d'uso regionale", condivisi a livello aziendale con alcune note integrative (allegato 3).

PERCORSO PER ACCESSO A GRADUATORIA CRA, CD, AC E PRESTAZIONI DI CARATTERE SOCIO-ASSISTENZIALI

ATTIVITA'	ATTORI	UVG	AS RdC del SST	RdC
Invio delle richieste all'UVG per accesso a graduatoria CRA, CD, AC e prestazioni di carattere socio-assistenziali		C	R	-
A. Valutazione per inserimento in graduatoria per CRA		R	-	-
B. Valutazione per accesso al Centro Diurno e ai ricoveri di sollievo		R	-	-
C. Valutazione per AC		R	-	R*
D. Valutazione per prestazioni di carattere socio-assistenziale		R	-	R*

Legenda: R= responsabile C= coinvolto I= informato

* il RdC è responsabile della relazione periodica di verifica

Invio delle richieste di valutazione all'UVG per accesso a graduatoria CRA, CD, AC e prestazioni di carattere socio-assistenziali

Le richieste di valutazione per accesso a graduatoria sono relative a:

- A. CRA,
- B. Centro Diurno e ai ricoveri di sollievo
- C. Assegno di Cura
- D. Prestazioni di carattere socio-assistenziali

Tali richieste richiedono la presa in carico di un AS RdC del SST che le deve inoltrare all'U.V.G. territorialmente competente, prevedendo l'esclusivo impiego dei percorsi informatici in uso (Garsia-Softtech).

Sono previste procedure di interfaccia per facilitare l'accesso (es. Centro Diurno), concordate con i servizi sociali territoriali e gli Enti Gestori, secondo specifiche peculiarità territoriali.

A. Richieste per inserimento in graduatoria per CRA

L'UVG deve garantire la VMD dei bisogni socio-sanitari, attraverso l'analisi delle problematiche di carattere sociale (assistente sociale) e sanitario (medico e/o infermiere) nelle tempistiche presenti nel regolamento in vigore.

La valutazione così eseguita concorre a determinare il punteggio finale col quale l'utente viene inserito nella graduatoria dinamica per l'accesso alle CRA.

B. Richieste per accesso al Centro Diurno e ai ricoveri di sollievo

L'UVG deve garantire la VMD dei bisogni socio-sanitari, attraverso l'analisi delle problematiche di carattere sociale (assistente sociale) e sanitario (medico e/o infermiere).

C. Richieste per AC

L'UVG deve garantire la VMD dei bisogni socio-sanitari, attraverso l'analisi delle problematiche di carattere sociale (assistente sociale) e sanitario (medico e/o infermiere).

L'UVG redige il PAI ed attiva la concessione dell'AC; in caso di valutazione negativa, si procede alla definizione di una risposta motivata che viene inviata all'A.S. R.d.C. (entro 30 gg dalla data di ricevimento della domanda).

La valutazione relativa alla prosecuzione del progetto può essere effettuata sulla base degli elementi acquisiti con la relazione periodica di verifica (a cura del RdC).

L'UVG procede ad una rivalutazione diretta ogni volta che se ne evidenzia la necessità (es. informazioni insufficienti, parere dubbio del RdC), soprattutto nei casi caratterizzati da maggiore complessità.

N.B. Se, nel corso di una procedura di valutazione intrapresa per richiesta di Dimissione Difficile/Protetta, l'UVG verifica l'esistenza di condizioni che consentono il rientro a domicilio con il supporto di A.C., si dovrà procedere alla concessione dello stesso, dopo verifica delle condizioni di diritto.

D. Richiesta per l'accesso alle prestazioni di carattere socio-assistenziale

L'UVG prende visione del progetto già definito dal RdC e garantisce, quando necessario, una VMD finalizzata alla certificazione della non-autosufficienza. Al fine di omogeneizzare i comportamenti sul territorio provinciale, tale attività verrà svolta secondo quanto stabilito nella "Procedura di VMD per la certificazione della non-autosufficienza" già approvata dal Comitato di Distretto Centro Nord (allegato 1).

PERCORSO IN CASO DI DIMISSIONI DIFFICILI

ATTIVITA'	ATTORI	UVG	CDCA/Strutture H Convenzionate
1. Invio delle richieste in caso di DD		C	R
2. Valutazione per DD		R	-

DA CDCA

ATTIVITA'	ATTORI	UVG	CDCA
1. Invio delle richieste in caso di DD		-	R
2. Valutazione per DD		-	R
3. Gestione Valutazione		R	I

DA Strutture H Convenzionate

ATTIVITA'	ATTORI	UVG	Strutture H Convenzionate
1. Invio delle richieste in caso di DD		-	R
2. Valutazione per DD3. Gestione Valutazione		R	C
3. Gestione Valutazione		R	I

1. Invio richiesta all'UVG in caso di DD

In caso di DD l'UVG riceve dalle CDCA presenti nelle strutture ospedaliere direttamente la valutazione eseguita con l'indicazione del PAI. Nelle strutture ospedaliere convenzionate il reparto dimettente inoltrerà la richiesta di DD direttamente all'UVG territorialmente competente che si recherà da programmazione ad eseguire la valutazione o chiederà aiuto all'UVG territorialmente più vicina per eseguire la sola valutazione.

2. Valutazione per DD

L'UVG si impegna a garantire la VMD di norma entro tre giorni lavorativi dalla data di ricezione delle richieste solo per le richieste provenienti dalle strutture ospedaliere convenzionate.

Vista l'assenza di una valutazione preliminare del RdC, l'assistente sociale dell'UVG effettua un'attenta analisi delle problematiche di carattere sociale.

Nel caso emergano significative problematiche di tipo economico e/o sociale il caso deve essere segnalato all'assistente sociale territorialmente competente per quanto di sua competenza.

Vista la complessità delle problematiche sanitarie presenti al momento di una dimissione da U.O. ospedaliera, è obbligatorio che la valutazione sanitaria venga garantita dal Medico della UVG.

PERCORSO PER NSD

Da qualunque interlocutore afferisca la segnalazione di un utente con caratteristiche compatibili con l'ingresso in NSD la domanda deve pervenire all'UVG da un As RdC del SST che dovrà garantire la valutazione e la formulazione del PAI entro 5 gg lavorativi. La valutazione ed il PAI devono essere inviati all'UVG CN che ha la referenza sulla gestione degli ingressi e dimissioni nel NSD. Vista la complessità delle problematiche sanitarie presenti è obbligatorio che la valutazione sanitaria venga garantita dal Medico della UVG.

8. Accessibilità

Il presente documento è diffuso ai professionisti coinvolti attraverso il sistema aziendale DocWeb.

9. Parametri di controllo:

INDICATORE	STANDARD
Rispetto dei tempi di attesa per la valutazione	100%
Compilazione items BINA e testistica VMD	100%
Esecuzione di VMD con carattere di urgenza* entro 3 gg	100%

L'identificazione delle richieste con carattere di urgenza avviene sulla base di esplicita indicazione da parte del richiedente.*

10. Allegati

- Allegati n. 1a, 1b, 1c : scheda BINA
- Allegato n. 2: MANUALE D'USO
- Allegato n. 3: scheda TESTISTICA VMD (ADL, IADL, SPMSQ)

B.I.N.A.H.

SOCIO-ANAGRAFICA

Cognome e Nome _____

Sesso : [M] [F] Luogo di Nascita _____

Data di nascita : ____/____/____ Tessera sanitaria n° _____

Comune di residenza : _____ Codice comune : _____

Via _____

Ass. Sociale Responsabile del Caso _____

Valutazione effettuata c/o: [] DOMICILIO [] CASA PROTETTA _____

[] H. S. Anna U.O. DI _____ DAL _____ TRASFERITO DA _____

[] CENTRO DIURNO [] STRUTTURA SANITARIA _____

TRASFERITO DA _____ IL _____

**PATOLOGIA – DISABILITA' – CONDIZIONE DISAGIO PREVALENTE
(INDICARNE SOLO UNO)**

1	NEOPLASIE	
2	ICTUS	
3	DEMENZA	
4	TRAUMI O FRATTURE	
5	MALATTIE CARDIOVASCOLARI	
6	INCONTINENZA SFINTERICA	
7	CECITA' E/O SORDITA'	
8	Mal. Apparato Locomotore	
9	Mal. Apparato Respiratorio	
10	Mal. Apparato Genito Urinario	

11	MALATTIE NEUROLOGICHE	
12	SINDROMI PSICHIATRICHE	
13	GRANDE SENILITA'	
14	SOLITUDINE	
15	RAPPORTI FAMIGLIARI DIFFICILI	
16	CARICHI FAMIGLIARI ONEROSI	
17	DIFFICOLTA' ECONOMICHE	
18	Assenza Risorse Sociali e/o Familiari	
19	ALTRO	

TOTALE PUNTEGGIO

DATA ____/____/____

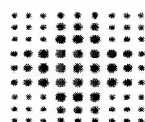
DOMICILIO ABITUALE :		STATO CIVILE:
Codice Comune: _____		
[1] Pianura		[1] Celibe/nubile
[2] Zona collinare		[2] Coniugato/a
[3] Zona montana		[3] Vedovo/a
[4] Zona sub-urbana		[4] Separato/a
[5] Zona rurale		[5] Divorziato/a

N. TOTALE COMPONENTI NUCLEO FAMILIARE/CONV.	SCOLARITA' : anni di studio n. : ____
[1] Anni 0-19	[1] senza titolo di studio
[2] Anni 20 -64	[2] licenza elementare
[3] Anni 65 e oltre	[3] licenza scuola media
[4] Vive Solo/a	[4] licenza scuola superiore
	[5] diploma universitario
Professione ESERCITATA IN ETA' LAVORATIVA :	[6] laurea
Ramo di attivita':	[7] sconosciuto
[1] agricoltura	
[2] industria	Condizione non professionale :
[3] commercio, pubblici esercizi	[1] casalinga
[4] Pubbl. Amm.ne Servizi pubblici e privati	[2] invalido
	[3] altro
PERCEPISCE PENSIONE :	
[1] Sociale	
[2] Vecchiaia	
[3] Invalidità	
[4] Reversibilità	
[6] Assicurazione	
[7] Vitalizio	
[8] Assegno accompagnamento	
[9] Altro	
[10] Nessuna	

Condizioni di Disagio Sociale : (da compilarsi a cura dell'Assistente Sociale)

[1] Solitudine
[2] Rapporti famigliari difficili
[3] Carichi famigliari onerosi
[4] Alloggio non idoneo
[5] Difficoltà economiche
[6] Incontinenza sfinterica
[7] Assenza risorse sociali e / o famigliari
[8] Altro

NOTE:



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara

MANUALE d'USO

Rivisto per l'utilizzo UVGt dell' U.O.Assistenza Anziani

Azienda USL Ferrara – Dipartimento delle Cure Primarie
Via Cassoli n. 30- 44121 Ferrara

**dalla versione proposta dalla
Direzione Generale
Sanità e Politiche Sociali**

BINA – FAR:

Breve Indice di Non Autosufficienza per

l'alimentazione del flusso informativo

FAR

(Flusso Assistenza Residenziale)

[FAR – Circolare regionale n. 3/2010 - DM 17-12-2008]

**Il presente manuale esplicita le istruzioni
per la compilazione della scheda “BINA-FAR”
da parte delle UVG
e delle equipe assistenziali dei singoli servizi
(casa residenza per anziani non autosufficienti- centro
diurno per anziani)**

I N D I C E

1. Suggerimenti relativi alla compilazione degli indicatori di fragilità

2. B.I.N.A. FAR

3. Indicatori di fragilità:

- 1)Medicazioni
- 2)Necessità di prestazioni sanitarie
- 3)Controllo sfinterico
- 4) Disturbi cognitivi e/o comportamentali
- 5) Funzioni del linguaggio e della comunicazione
- 6) Deficit sensoriali
- 7) Mobilità
- 8) Attività della vita quotidiana
- 09) Attività occupazionali e impiego del tempo**
- 10) Stato della rete familiare e sociale**

2. BINA - FAR

1) MEDICAZIONI	
1.1 non necessarie	10
1.2 per ulcerazioni e distrofie cutanee	30
1.3 per catetere a permanenza o stomia	40
1.4 per ulcere da decubito	100
2) NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE	
2.1 buona salute	10
2.2 necessità di prestazioni sanitarie (non continuative)	20
2.3 necessità di prestazioni sanitarie esterne (terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica)	40
2.4 - necessità di prestazioni sanitarie continuative :	100
2.4.1 [] A) anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad es.: cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione terapie ev., etc.)	
2.4.2 [] B) Trattamenti specialistici: [1]: alimentazione o idratazione parenterale mediante catetere venoso centrale (CVC); alimentazione parenterale e/o idratazione per periodi superiori a 15 giorni mediante catetere venoso periferico (CVP) [2] SNG/PEG; [3] tracheostomia; [4] respiratore/ventilazione assistita; [5] ossigenoterapia ad intervalli definiti o continuativi, non in acuzie; [6] dialisi; [7] trasfusioni eseguite in struttura; [8] controllo dolore per via parenterale o sottocutanea tramite infusori elastomerici o pompe ; [9] Altri trattamenti specialistici.	
3) CONTROLLO SFINTERICO	
3.1 presente	10
3.2 incontinenza urinaria o fecale episodica	30
3.3 incontinenza urinaria o fecale permanente	70
3.4 incontinenza totale (urinaria e fecale)	100
4) DISTURBI COGNITIVI E/O COMPORTAMENTALI	
4.1 assenti	10
4.2 disturbi cognitivi e/o comportamentali	50
4.3 disturbi cognitivi (non gestisce i propri compiti e necessità ma NON presenta gravi e costanti BPSD)	80
4.4 frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sé e altri)	100
5) FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE	
5.1 comprende e si esprime normalmente	10
5.2 linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero	40
5.3 comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il suo pensiero	70
5.4 non comprende, non si esprime	100
6) DEFICIT SENSORIALI (si consideri prevalentemente udito e vista)	
6.1 normale	10
6.2 deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e/o occhiali	20
6.3 grave deficit non correggibile	80
6.4 cecità e/o sordità completa	100
7) MOBILITA' (libertà di movimento)	
7.1 cammina autonomamente senza aiuto	10
7.2 cammina con ausili e con aiuto programmato (o saltuario)	30
7.3 si sposta solo con l'aiuto di altre persone e con sedia a ruote	80
7.4 totalmente dipendente dagli operatori per le alzate e le mobilizzazioni	100
8) ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA (igiene personale, abbigliamento, alimentazione)	
8.1 totalmente indipendente	10
8.2 aiuto programmato (o saltuario)	20
8.3 aiuto quotidiano necessario ma parziale	50
8.4 totalmente dipendente	100
9) ATTIVITA' OCCUPAZIONALI E IMPIEGO DEL TEMPO	
9.1 entra ed esce liberamente dalla residenza	10
9.2 è motivato a svolgere attività costruttive solo all'interno della residenza	30
9.3 è in grado di svolgere attività all'interno della residenza con lo stimolo e la supervisione di operatori	60
9.4 non svolge alcuna attività : 9.4.1 [] non è in grado di svolgere; 9.4.2 [] si rifiuta di svolgere	100
10) STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE (valutazione della disponibilità relazionale, affettiva ed assistenziale della rete familiare e sociale)	
10.1 mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia	10
10.2 non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia ma solo con parenti e amici	30
10.3 parenti, amici, volontari sono disponibili solo al bisogno (prob. sanit. pratiche burocrat. difficoltà economiche, disagi esistenziali ,etc.)	70
10.4 l'anziano può contare solo sull'aiuto istituzionale :	100
NON AUTOSUFFICIENTE =>210 PUNTEGGIO TOTALE	

1- Suggerimenti relativi alla compilazione relativa agli indicatori di fragilità

Gli indicatori di “*fragilità*” **1 (IF)** considerati sono 10 ed esprimono una **sintesi** della valutazione multidimensionale (**VMD**) biologica, psicologica, funzionale, sociale della persona.

L’identificazione della voce relativa a tutti gli indicatori di fragilità riportata all’interno della scheda BINA (Breve Indice di Non Autosufficienza) deve essere riferita al periodo di osservazione che **precede** la compilazione.

Ogni indicatore di “*fragilità*” è suddiviso in **4 gradi** in ordine **crescente** di disabilità:

1° grado:

indica sempre che l'indicatore esaminato è **ben conservato**, non presenta elementi clinici di rilievo, consente alla persona di attendere alle normali attività (ADL e IADL) della vita quotidiana (attività di base e attività strumentali) come di norma e **non richiede interventi** assistenziali;

2° grado:

indica una **lieve compromissione** dell'indicatore tale da interferire con le normali attività (ADL e IADL).

A seconda dell'indicatore considerato, in genere comporta la necessità di **interventi** assistenziali sanitari, tutelari, fisioterapici **non complessi e non continuativi**;

la compromissione delle ADL in genere è limitata all'igiene completa ed all'abbigliamento per ausili quali busti, scarpe ortopediche, etc.;

3° grado:

indica una **compromissione moderata – grave** dell'indicatore. A seconda dell'indicatore considerato, in genere comporta la necessità di **interventi** assistenziali sanitari, tutelari, fisioterapici **non complessi ma continuativi**;

4° grado:

indica una **compromissione severa**. A seconda dell'indicatore considerato, in genere, c'è necessità **interventi** assistenziali sanitari, tutelari, fisioterapici **complessi e continuativi**.

1. BINA – FAR

1) MEDICAZIONI

1.1 non necessarie	10
1.2 per ulcerazioni e distrofie cutanee	30
1.3 per catetere a permanenza o stomia	40 (H 60)
1.4 per ulcere da decubito	100

2) **NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE**

2.1 buona salute **10**

2.2 necessità di prestazioni sanitarie (non continuative) **20 (H 30)**

2.3 necessità di prestazioni sanitarie esterne
(terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica) **40 (H 70)**

2.4 - necessità di prestazioni sanitarie continuative **100**

2.4.1 [] **A) anziani con patologie croniche in labile compenso** con elevata necessità di tutela sanitaria
(come ad es.: cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione terapie e.v., etc.)

2.4.2 [] **B) Trattamenti specialistici:**

[1]: alimentazione o idratazione parenterale mediante catetere venoso centrale (CVC); alimentazione parenterale e/o idratazione per periodi superiori a 15 giorni mediante catetere venoso periferico (CVP)

[2] SNG/PEG;

[3] tracheostomia;

[4] respiratore/ventilazione assistita;

[5] ossigenoterapia ad intervalli definiti o continuativi, non in acuzie;

[6] dialisi;

[7] trasfusioni eseguite in struttura;

[8] controllo dolore per via parenterale o sottocutanea tramite infusori elastomerici o pompe ;

[9] Altri trattamenti specialistici.

3) CONTROLLO SFINTERICO

3.1 presente	10
3.2 incontinenza urinaria o fecale episodica	30
3.3 incontinenza urinaria o fecale permanente	70
3.4 incontinenza totale (urinaria e fecale)	100

4) DISTURBI COGNITIVI E/O COMPORTAMENTALI

4.1 assenti	10
4.2 disturbi cognitivi e/o comportamentali	50
4.3 disturbi cognitivi (non gestisce i propri compiti e necessità ma NON presenta gravi e costanti BPSD)	80
4.4 frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto,pericoloso per sé e per gli altri)	100

5) FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE

5.1 comprende e si esprime normalmente	10
5.2 linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero	40
5.3 comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il suo pensiero	70
5.4 non comprende, non si esprime	100

6) DEFICIT SENSORIALI (si consideri prevalentemente udito e vista)

6.1 normale	10
6.2 deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e/o occhiali	20
6.3 grave deficit non correggibile	80
6.4 cecità e/o sordità completa	100

7) MOBILITA' (libertà di movimento)

7.1 cammina autonomamente senza aiuto	10
7.2 cammina con ausili e con aiuto programmato (o saltuario)	30
7.3 si sposta solo con l'aiuto di altre persone e con sedia a ruote	80
7.4 totalmente dipendente dagli operatori per le alzate e le mobilizzazioni	100

8) ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA

(igiene personale, abbigliamento, alimentazione)

8.1 totalmente indipendente	10
8.2 aiuto programmato (o saltuario)	20
8.3 aiuto quotidiano necessario ma parziale	50 (H 70)
8.4 totalmente dipendente	100

9) ATTIVITA' OCCUPAZIONALI E IMPIEGO DEL TEMPO

- 9.1 entra ed esce liberamente dalla residenza **10**
9.2 è motivato a svolgere attività costruttive solo all'interno della residenza **30**
9.3 è in grado di svolgere attività all'interno della CRA con lo stimolo e la supervisione di operatori **60**
9.4 non svolge alcuna attività : **100**

[] non è in grado di svolgere

[] si rifiuta di svolgere

10) STATO DELLA RETE FAMIGLIARE E SOCIALE

(valutazione della disponibilità relazionale, affettiva ed assistenziale della rete familiare e sociale)

- 10.1 mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia **10**
10.2 non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia ma solo con parenti e amici **30**
10.3 parenti, amici, volontari sono disponibili solo al bisogno (prob. sanit, pratiche burocrat. difficoltà economiche, disagi esistenziali, etc.) **70 (H 60)**
10.4 l'anziano può contare solo sull'aiuto istituzionale : **100**

**NON AUTOSUFFICIENTE :
>210 PUNTEGGIO TOTALE**

INDICATORI DI FRAGILITA'

1) MEDICAZIONI

- 1.1 non necessarie 10
- 1.2 per ulcerazioni e distrofie cutanee 30
- 1.3 per catetere a permanenza o stomia **40 (H 60)**
- 1.4 per ulcere da decubito 100

1.2 PER ULCERAZIONI E DISTROFIE CUTANEE (30)

si intende :

la presenza di soluzioni di continuità della cute

tipo ulcere varicose o di altro tipo quali

post -traumatiche (ferite chirurgiche non complicate), arrossamenti cutanei,

ulcere da decubito (altrimenti denominate piaghe da decubito o lesioni da pressione)

di **I grado** (stato infiammatorio dei tessuti molli, con eritema della cute soprastante)

e di **grado II** (lesione cutanea superficiale limitata all'epidermide e/o al derma che si presenta clinicamente sotto forma di vescicola, bolla o abrasione).

1.3 PER CATETERE a PERMANENZA o STOMIA (40 vs 60 BinaH):

qualora il soggetto sia stabilmente portatore di catetere urinario (30 gg almeno) o sia portatore di enterostomia o uretero-cutaneostomia (tracheo e PEG).

1.4 PER ULCERE DA DECUBITO (100):

qualora siano presenti ulcere da decubito

di **III grado** (la lesione si estende oltre il grasso sottocutaneo fino alla fascia muscolare con necrosi del tessuto circostante e margini sottominati)

o di **IV grado** (lesione estesa oltre il muscolo fino all'osso, con possibile osteomielite, e/o fino agli organi viscerali).

FERITE CHIRURGICHE COMPLICATE (Es. infette, fistolizzate...), lesioni cutanee neoplastiche ulcerate, ulcere venose complesse (es. estese e/o infette), dermatiti particolarmente estese ed impegnative come tempo/medicazione.

2)NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE

2.1 buona salute **10**

2.2 necessità di prestazioni sanitarie (non continuative) **20 (H 30)**

2.3 necessità di prestazioni sanitarie esterne
(terapia radiante, consulenza specialistica) **40 (H 70)**

2.4 - necessità di prestazioni sanitarie continuative **100:**

2.4.1 [] **A)** anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad es.: cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione terapie endovenose, etc. .)

2.4.2 [] **B)** Trattamenti specialistici:

[1] alimentazione parenterale: alimentazione o idratazione parenterale mediante catetere venoso centrale (CVC); alimentazione parenterale o idratazione mediante catetere venoso periferico (CVP) superiore ai 15 giorni;

[2] SNG/PEG;

[3] tracheostomia;

[4] respiratore/ventilazione assistita;

[5] ossigenoterapia ad intervalli definiti o continuativi, non in acuzie;

[6] dialisi;

[7] trasfusioni eseguite in struttura;

[8] controllo dolore per via parenterale o sottocutanea (infusori elastomerici-pompe);

[9] Altri trattamenti specialistici.

2.1 BUONA SALUTE (10):

buone condizioni generali di salute; i controlli medici, clinici e diagnostici, così come l'attività infermieristica vengono espletati su base preventiva.

2.2 NECESSITÀ DI PRESTAZIONI SANITARIE NON CONTINUATIVE (20 vs 30 BINA H):

sono necessari controlli clinici e diagnostici **periodici** per patologie croniche quali **cardiovascolari** (ipertensione, cardiopatie, etc), **metaboliche** (diabete, obesità, etc.), **renali** (insufficienza renale cronica, etc), **endocrine** (ipotiroidismo, etc.); controllo **pressorio, glicemico, dietetico, articolare**. I controlli ematochimici e laboratoristici sono **programmabili**.

2.3 NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE ESTERNE (40 vs 70 BINA-H):

si intende la necessità di consulenze specialistiche **almeno una volta al mese** e/o terapie di particolare impegno quali :
terapia radiante, **T.A.O., insulino-trattato stabile**
oncologica,
sostituzioni dei cateteri **ureterali** con frequenza mensile, etc..

2.4 NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE CONTINUATIVE (100):

persona con patologie croniche in **labile compenso**
o con sub acuzie o acuzie
che necessita della presenza **quotidiana** del **medico**
e/o di un intervento **infermieristico** quotidiano
complesso per come specificato nei punti 2.4.1 e 2.4.2
Le condizioni di cui ai punti **2.4.1 e 2.4.2 sono alternative.**

2.4.2 Trattamenti specialistici

Nel punto 2.4.2 **sarà** possibile identificare (a seguito del previsto **aggiornamento** della Circolare Regionale)
più tipologie di trattamenti specialistici riferiti allo stesso utente
se praticati nel periodo di osservazione,

**Nell'anno 2011, a circolare invariata, è necessario invece
identificare un solo trattamento specialistico prevalente**

Relativamente alle voci dell'elenco, si precisa che:

[1] E' ricompreso anche il mantenimento in situ del CVC e
l'idratazione continua con il CVP per periodi
superiori ai 15 giorni

[5] La **ossigenoterapia** va indicata esclusivamente se
somministrata in modo continuativo o ad intervalli
definiti nell'arco della stessa giornata in ragione di una condizione
cronica.

[7] E' da intendersi per **trasfusioni** periodiche (almeno una a
bimestre) eseguite sia in struttura che presso ambulatorio esterno
dedicato (**NON RICOVERO OSPEDALIERO**);

**N.B. Le lesioni da pressione, anche se di IV grado, NON concorrono a
determinare punteggio 100 in questo IF, perchè GIA' pesate nel primo IF
(medicazioni). Pertanto solo agli ospiti che, oltre alle LdP, hanno ANCHE una
delle precedenti specifiche VERRA' attribuito 100 nel 2.4..**

3) CONTROLLO SFINTERICO (=)

3.1 presente **10**

3.2 incontinenza urinaria o fecale episodica **30**

3.3 incontinenza urinaria o fecale permanente **70**

3.4 incontinenza totale (vescicale ed anale) **100**

3.1 PRESENTE : persona con normale controllo sfinterico.

3.2 INCONTINENZA URINARIA O FECALE EPISODICA (30):

persona con problemi di incontinenza urinaria o fecale occasionale dovuti, per esempio, a stress emotivi, disadattamento ambientale, cause iatrogene, etc..

3.3 INCONTINENZA URINARIA O FECALE PERMANENTE (70) :

persona con incontinenza urinaria o fecale permanente, necessita di pannoloni, condom o altri ausili e presidi sanitari (compreso il catetere endovescicale a permanenza).

3.4 INCONTINENZA TOTALE (URINARIA E FECALE) (100):

persona gravemente compromessa a livello sfinterico: presenta incontinenza urinaria e fecale **permanente**. Rientrano in questa voce i portatori di catetere a permanenza solo se anche incontinenti fecali.

4) DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI

4.1 assenti 10

4.2 disturbi cognitivi lievi (o comportamentali lievi) e dell'umore (aspetto triste,melanconico,ansioso chiede sempre nuovi farmaci) 50

4.3 disturbi cognitivi (non gestisce i propri compiti e necessità ma **NON** presenta gravi e costanti BPSD) 80

4.4 frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sé e altri) 100

4.1 ASSENTI (10)

4.2 DISTURBI COGNITIVI LIEVI E/O COMPORTAMENTALI (50)

Aspetto **triste**, melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci;

persona che non riesce a superare la giornata senza **l'appoggio psicologico** di altre persone, dipendente dal punto di vista emotivo, con evidente variabilità del tono dell'umore;

può **alternare** momenti di depressione a momenti caratterizzati da un eccesso di intraprendenza ideativa e comportamentale.

Sono da ricomprendere in questa condizione anche i soggetti con disturbo cognitivo lieve (se si utilizza il **MMSE** sono da ricomprendere i soggetti con punteggio compreso tra 20-26). (SPMSQ 6-7)

4.3 **DISTURBI COGNITIVI (80)**

(non gestisce i propri compiti e necessità ma
NON presenta gravi e costanti BPSD):

persona affetta da deterioramento cognitivo

con grado **moderato o severo**

di deficit delle funzioni cognitive quali

orientamento temporo-spaziale,

memoria,

attenzione,

etc.,

che non consentono al paziente di provvedere,

secondo le normali capacità di intendere e volere,

all'autonoma e corretta gestione della propria persona

ed all'espletamento dei normali compiti e bisogni

della vita quotidiana.

Non sono presenti gravi e costanti BPSD.

4.4 FREQUENTE/COSTANTE COMPORTAMENTO DISTURBANTE E/O ATTEGGIAMENTO AGGRESSIVO E/O VIOLENTO (100)

(agitato, irrequieto, pericoloso per sé e altri):

persona affetta da deterioramento cognitivo

con uno o più BPSD

che si presentano in modo **frequente**

cioè una o più volte alla settimana ma non tutti i giorni

o **costante** (cioè quotidianamente)

ed il cui controllo **necessita dell'intervento**

frequente o costante dell'èquipe assistenziale.

**NB: è necessario che ci sia adeguata documentazione della
frequenza degli eventi e dei conseguenti interventi di
intensificazione dell'assistenza e/o dell'impiego di terapia
farmacologica, nonché della necessità di adeguamento
terapeutico frequente nel periodo di osservazione
(rivalutazione del programma terapeutico-assistenziale
individuale).**

I principali disturbi del comportamento sono:

wandering e/o affaccendamento

(girovagare senza meta e/o svolgere attività ripetitive in maniera
continuativa),

inversione del ritmo sonno-veglia, insonnia continua,

aggressività verbale,

aggressività fisica cioè violenza sia verso sé che altri,

agitazione psicomotoria, allucinazioni, deliri,

disinibizione sessuale e/o sociale

(ad es. espletamento bisogni corporali in posti inadeguati),

atteggiamenti oppositivi

(es. rifiuto ad alimentarsi o assumere la terapia prescritta) .

Sono compresi anche i comportamenti, se disturbanti, di anziani affetti da
ogni altra forma di **patologia neuro-psichiatrica quale alcolismo
cronico, psicosi grave, etc.**

B.P.S.D. : Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia

= Sintomi - Disturbi psicologici e del comportamento nella demenza .

5) FUNZIONI DEL LINGUAGGIO E DELLA COMUNICAZIONE (=)

- 5.1 comprende e si esprime normalmente 10
- 5.2 linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero 40
- 5.3 comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il suo pensiero 70
- 5.4 non comprende, non si esprime 100

5.1 PARLA E COMPRENDE NORMALMENTE : comprensione ed espressione verbale normalmente conservate.

5.2 LINGUAGGIO MENOMATO MA ESPRIME COMUNQUE IL SUO PENSIERO (40):

la **comprensione** è sufficientemente conservata.

La funzione del **linguaggio** può essere ridotta o parzialmente alterata

ma rimane **comprensibile**

ed è eventualmente integrata

con linguaggio non verbale (gesti, monosillabi, scrittura, etc.).

5.3 COMPRENDE SOLO ORDINI SEMPLICI, NON RIESCE AD ESPRIMERE CON COERENZA IL SUO PENSIERO (70):

la comprensione è conservata **solo per gli ordini semplici.**

Non riesce ad esprimere correttamente le proprie esigenze.

La qualità della vita della persona dipende

dalla capacità del personale assistenziale

di **interpretare** i bisogni della persona.

5.4 NON COMPRENDE, NON SI ESPRIME (100):

La comprensione e l'espressione verbale sono assenti.

6) DEFICIT SENSORIALI (=)

(si consideri prevalentemente **udito e vista**)

6.1 normale **10**

6.2 deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e/o occhiali **20**

6.3 grave deficit non correggibile **80**

6.4 cecità e/o sordità completa **100**

6.1 NORMALE (10): assenza di deficit visivi e/o uditivi .

**6.2 DEFICIT CORREGGIBILE SOLO CON L'AIUTO
DI PROTESI E/O OCCHIALI (20) :**

persona con **ipoacusia compensata**

da protesi acustica funzionante, idonea,

che corregge in larga misura il difetto uditivo;

persona

con **deficit visivo efficacemente corretto**

da occhiali idonei .

6.3 GRAVE DEFICIT NON CORREGGIBILE (80):

persona con **grave deficit visivo e/o uditivo**

non correggibile

nonostante l'uso di protesi acustiche e/o occhiali idonei.

Difetto sensoriale non sufficientemente corretto.

Comprende anche le persone

affette da deterioramento cognitivo

con **presumibile deficit sensoriale**

non correggibile poiché non ben valutabile

in quanto non collaboranti.

6.4 CECITA' E/O SORDITA' COMPLETA (100).

7) MOBILITA' (libertà di movimento)

7.1 cammina autonomamente senza aiuto **10**

7.2 cammina con ausili e con aiuto programmato (o saltuario) **30**

7.3 si sposta solo con l'aiuto costante di altre persone e con la sedia a ruote **80**

7.4 totalmente dipendente dagli operatori per le alzate e le mobilizzazioni **100**

7.1 CAMMINA AUTONOMAMENTE SENZA AIUTO (10).

E' in grado di entrare ed uscire autonomamente dalla residenza.

7.2 CAMMINA CON AUSILI E CON AIUTO PROGRAMMATO (30):

persona che **si muove in piano**

utilizzando autonomamente corrimano o ausili

come tripode, bastone, deambulatori, **sedia a ruote.**

E' in grado di **entrare ed uscire**

autonomamente dalla residenza,

ma necessita di **aiuto** attivo da parte di altra

persona per superare **barriere architettoniche**

quali gradini, vasca da bagno, etc.

7.3 SI SPOSTA SOLO CON L'AIUTO COSTANTE DI ALTRE PERSONE E CON LA SEDIA A RUOTE (80):

persona obbligata ad utilizzare ausili

come deambulatori, sedia a ruote

e non in grado di entrare ed uscire

autonomamente dalla residenza.

Deve essere **sempre aiutato** per svolgere le normali attività della vita quotidiana :

es. uso del bagno, salire e scendere dal letto, etc.

N.B.: può rientrare in questa categoria l'ospite affetto da demenza che deve essere contenuto perchè NON consapevole della propria instabilità motoria (a rischio di caduta).

7.4 TOTALMENTE DIPENDENTE DAGLI OPERATORI PER LE ALZATE E LE MOBILIZZAZIONI (100):

l'autonomia motoria è
completamente **compromessa**

e non può essere corretta efficacemente
da nessun ausilio;

**la mobilizzazione (= spostamenti interni alla residenza)
e le alzate
sono dipendenti esclusivamente dagli operatori.**

Sono da ricomprendere le condizioni cliniche croniche
non compatibili con le alzate.

8) **ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA** (igiene personale, abbigliamento, alimentazione)

8.1 totalmente indipendente **10**

8.2 aiuto programmato (o saltuario) **20**

8.3 aiuto quotidiano necessario ma parziale **50**

8.4 totalmente dipendente **100**

8.1 TOTALMENTE INDIPENDENTE (10):
la persona è in grado di provvedere all'igiene personale compreso il bagno,
di curare il proprio abbigliamento e la propria alimentazione.

8.2 AIUTO PROGRAMMATO (20):
la persona è in grado di provvedere all'igiene personale parziale,
ma necessita di aiuto per il **bagno**.
Per l'**abbigliamento** necessita di aiuto per indossare, ad esempio, busti ortopedici e calzature particolari.

Si alimenta autonomamente.

8.3 AIUTO NECESSARIO MA PARZIALE

(50 vs 70 BINA H) :

la persona può essere in grado di **lavarsi** il viso e le mani.

Per l'**abbigliamento** necessita di aiuto per alcune operazioni (ad es. allacciarsi le scarpe, i bottoni, etc.) o per abbigliamento parziale.

Non deve essere **imboccato**,

ma necessita di cibi confezionati in modo semplice o predisposti dagli operatori (carne tagliata, etc).

Necessità di **stimolazione /supervisione /controllo** da parte degli operatori.

Può presentare **disfagia lieve** per i solidi e/o per i liquidi.

8.4 TOTALMENTE DIPENDENTE (100):

l'igiene della persona,

l'abbigliamento

e l'alimentazione

sono a completo carico del personale assistenziale.

Può presentare **disfagia moderata o grave** per i solidi e/o per i liquidi.

9) ATTIVITA' OCCUPAZIONALI E IMPIEGO DEL TEMPO (sostituisce l'IF "abitazione" n.10 BINA H)

- 9.1 entra ed esce liberamente dalla residenza **10**
9.2 è motivato a svolgere attività costruttive solo all'interno della residenza **30 vs 20**
9.3 è in grado di svolgere attività all'interno della residenza con lo stimolo e la supervisione di operatori **60 vs 70**
9.4 non svolge alcuna attività **100** :
9.4.1 ☐ non è in grado di svolgere;
9.4.2 ☐ si rifiuta di svolgere

9.1 ENTRA ED ESCE CONSAPEVOLMENTE DALLA RESIDENZA (10).

9.2 E' MOTIVATO A SVOLGERE ATTIVITA' COSTRUTTIVE SOLO ALL'INTERNO DELLA RESIDENZA (30 vs 20 dell'IF equivalente BINA-H) :

autonomamente o per semplice **stimolo** degli animatori o degli operatori o familiari, la persona esercita attività finalizzate **semplici** come aiuto al guardaroba, piccole pulizie del suo ambiente, piccoli lavori di giardinaggio, semplici lavori di cucina, ovvero legge il giornale, ascolta musica, guarda la televisione, si dedica ad altre attività personali.

**9.3 E' IN GRADO DI SVOLGERE ATTIVITA'
ALL'INTERNO DELLA RESIDENZA CON LO
STIMOLO E LA SUPERVISIONE DI OPERATORI
(60 vs 70 dell'IF equivalente della BINA H)**

la persona esercita attività

semplici anche non finalizzate

(per esempio, lavora a maglia pur non realizzando un capo di abbigliamento; attività di terapia occupazione, ecc.),

solo con

la presenza o la supervisione

degli animatori o degli operatori.

9.4 NON SVOLGE ALCUNA ATTIVITÀ (100):

9.4.1 ☐ non è in grado di svolgere :

la persona non è in grado di esercitare nessuna attività.

9.4.2 ☐ si rifiuta di svolgere:

la persona, anche se in grado di esercitare

attività semplici non finalizzate

con la presenza o la supervisione

degli animatori o degli operatori,

comunque si rifiuta e non partecipa.

10) STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE **= IF n. 9 della BINA H**

valutazione della disponibilità
relazionale, affettiva ed assistenziale
della rete familiare e sociale

10.1 mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia	10
10.2 non ha buoni e regolari rapporti con la famiglia ma solo con parenti ed amici	30
10.3 parenti, amici, volontari sono disponibili solo al bisogno (problemi sanitari, pratiche burocratiche, difficoltà economiche, disagi esistenziali, etc.)	70 vs 60 H
può contare solo sull'aiuto istituzionale (rete formale)	100

10.1 MANTIENE BUONI E REGOLARI RAPPORTI CON LA FAMIGLIA (10):

la persona può contare sulle piena disponibilità della famiglia (la rete informale è pienamente disponibile: la rete formale non è necessaria).

10.2 NON HA BUONI E REGOLARI RAPPORTI CON LA FAMIGLIA, MA SOLO CON AMICI E PARENTI (30):

la persona mantiene buoni e regolari
rapporti relazionali ed affettivi
con parenti ed amici;
con la famiglia ha rapporti sporadici
(la rete informale è parzialmente disponibile :
la persona deve contare in parte sulla rete formale).

10.3 PARENTI, AMICI, VOLONTARI SONO DISPONIBILI SOLO AL BISOGNO

(problemi sanitari, pratiche burocratiche, difficoltà economiche, disagi esistenziali; ecc ...):

la componente familiare della rete informale
è assente o indisponibile,

ma è disponibile la rete informale

che viene attivata dagli operatori al bisogno,

cioè solo quando intervengono **particolari necessità** di
natura sanitaria o sociale

e per brevi periodi (rete informale raramente disponibile: la
persona deve contare principalmente
sulla rete formale).

10.4 PUÒ CONTARE SOLO SULL'AIUTO ISTITUZIONALE (rete formale) :

la persona può contare

solo sull'aiuto degli operatori dei servizi,

in quanto priva

di supporto familiare

e di altre reti informali (amici, conoscenti, volontari, etc.).

Rete informale assente:

la persona deve contare esclusivamente sulla rete formale.

AZIENDA USL DI FERRARA - DISTRETTO – Sede di

Cognome e Nome _____ Età _____ Sesso [M] [F]

Autonomia nelle attività della vita quotidiana – ADL -

ATTIVITA'	SI	P	NO
FARE IL BAGNO (riceve assistenza nel lavare non più di una parte del corpo)			
VESTIRSI (escluso l'allacciarsi le scarpe)			
USO DEL GABINETTO (vi si reca con ausili, si pulisce e si riveste da solo)			
MOBILITA' (si alza e si siede senza appoggiarsi, può usare il bastone)			
CONTINENZA (controllo completo feci e urine)			
ALIMENTAZIONE (escluso il tagliare la carne)			

PUNTEGGIO TOTALE ADL: _____/6 (Si sommano solo i SI)

Autonomie nelle attività strumentali della vita quotidiana – IADL -

USO DEL TELEFONO	Autonomo = 4	Solo numeri ben noti = 3
	Risponde non chiama = 2	Incapace = 1
ACQUISTI NEI NEGOZI	Autonomo = 4	Solo piccoli acquisti = 3
	Deve essere assistito = 2	Incapace = 1
USO DEI MEZZI DI TRASPORTO	Autonomo = 5	Solo auto/taxi no mezzi pubblici = 4
	Usa mezzi pub. Accompag = 3	Taxi/Auto con aiuto di persona = 2
	Incapace = 1	
CAPACITA' DI USARE MEDICINALI	Autonomo = 3	Solo se prep. in singole dosi = 2
	Incapace = 1	
AMM.NE DELLE PROPRIE FINANZE	Autonomo = 3	Solo acquisti modesti / no banca = 2
	Incapace = 1	

PUNTEGGIO TOTALE IADL: _____/19

15-19 =autonomia 10-14 = autonomia parziale 5 -9= dipendenza totale

Valutazione breve dello stato mentale – SPMSQ -

	SI	NO
Che giorno è oggi ? Giorno --- Mese --- Anno		
Che giorno è della settimana?		
Qual'è il nome di questo posto?		
Qual'è il suo numero di telefono?		
Quanti anni ha?		
Qual'è la sua data di nascita?		
Chi è l'attuale Papa o Presidente della Repubblica?		
Chi era il precedente Papa o Presidente della Repubblica?		
Quale era il cognome di sua madre prima di sposarsi?		
Faccia 20 – 3 sino a raggiungere 2. 17 -14 – 11 – 8 – 5 - 2		

PUNTEGGIO TOTALE SPMSQ: _____/10

8-10 ASSENZA DI DETERIORAMENTO 6-7 LIEVE 3-5 MODERATO 0-2 GRAVE

Il Medico _____

Infermiere _____

DATA ____/____/____

	Dipartimento Cure Primarie U.O.C. Assistenza Anziani e Disabili Adulti U.O.S. Disabilità Adulti	
	Procedura	
	Valutazione Multidimensionale della Persona Disabile Adulta	
Redazione	Cognome/Nome	Funzione
	Romagnoni Franco Luongo Laura Bizzi Raffaella Di Nardo Di Maio Sonia Gliottone Giovanna Menegatti Stefano Mingione Consiglia Paletti Flavia Roda Cinzia	Direttore U.O.C. Assistenza Anziani e Disabili Adulti Responsabile U.O.S. Disabilità Adulti A.S. UVM-D Copparo A.S. UVM-D Codigoro A.S. UVM-D Ferrara E.P. UVM-D Ferrara - Portomaggiore E.P. UVM-D Cento - Bondeno TRP UVM-D Copparo A.S. UVM-D Cento - Bondeno

1. Oggetto:

La presente procedura descrive le attività relative alla valutazione multidimensionale della persona disabile adulta.

2. Scopo/obiettivo:

Lo scopo del documento è definire le modalità operative per effettuare la valutazione multidimensionale della persona disabile adulta al fine di predisporre un progetto individualizzato all'interno della rete della non autosufficienza.

Gli obiettivi sono:

- omogeneizzare i comportamenti degli operatori sul territorio provinciale nella valutazione multidimensionale.
- garantire la tempestività di presa in carico della persona disabile adulta
- garantire l'appropriatezza metodologica nelle attività di valutazione multidimensionale
- garantire la rivalutazione dei progetti individualizzati
- garantire la continuità assistenziale nei passaggi con le diverse interfacce della rete: percorso 16-18, gravissimi, area anziani
- garantire la valutazione dei bisogni dei Caregiver

3. Campo di Applicazione:

La presente procedura si applica alle attività delle UVM-D, in relazione alle differenti figure professionali che la compongono e alla tipologia di servizio richiesto.

4. Documenti di riferimento:

- L. 5 febbraio 1992, n. 104 , “Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone in situazione di handicap” .
- L. 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali “

- DGR 1 marzo 2000 n.564 “Direttiva per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semi residenziali per..... portatori di handicap,...”,
- DGR 1 luglio 2002, n.1122 “Direttiva per la formazione di progetti personalizzati finalizzati a favorire le condizioni di domiciliarità e le opportunità di vita indipendente dei cittadini in situazione di handicap grave” assegno di cura e sostegno;
- L.R. 12 marzo 2003 n.2 “Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” art.7 .
- DGR 18 ottobre 2004, n.2068 “Il sistema integrato di interventi sanitari e socio assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta”
- DGR 30 luglio 2007, n. 1206 “Fondo regionale non autosufficienza. indirizzi attuativi della deliberazione G.R. 509/2007” che prevede che destinatari dei progetti individualizzati a carico del FRNA sono le persone non autosufficienti secondo i criteri di eleggibilità definiti nel Piano Regionale Sociale e Sanitario.”
- DGR 11 giugno 2008, n.840 “Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR 2068/04”;
- DGR 28 luglio 2008, n.1230 “Fondo regionale non autosufficienza. Programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità”
- Determina dirigenziale 2 marzo 2010, n.2023 “ Approvazione strumento tecnico per la valutazione del bisogno assistenziale degli utenti dei servizi per disabili”
- Protocollo d'intesa per la riorganizzazione dell'attività socio-sanitaria in area disabili adulti del 14 novembre 2011
- L. 22 giugno 2016, n.112 “Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare”
- Deliberazione regionale del 2017, n. 1423
- DM 26 settembre 2016, “Riparto delle risorse finanziarie del fondo nazionale per le non autosufficienze”, art. 3 disabilità gravissima
- DGR 22 novembre 2019, n. 2318 “Misure a sostegno del caregiver”
- L. 22 dicembre 2021, n. 227 “Delega al governo in materia di disabilità”

5. Definizione e sigle

SIGLE	
AdC	Assegno di cura
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADS	Amministratore di Sostegno
AS	Assistente Sociale
SST	Servizio Sociale Territoriale
CDCA	Centrale Dimissioni e Continuità Assistenziale
CF	Casa Famiglia
COT	Centrale Operativa Territoriale
CSO	Centro Socio Occupazionale
CSRD	Centro Socio Residenziale Diurno
CSRR	Centro Socio Riabilitativo Residenziale
DCP	Dipartimento Cure Primarie
ETI	Equipe Territoriale Integrata
FNA	Fondo Non Autosufficienza

DDN	Fondo Dopo di Noi
VI	Fondo Vita Indipendente
FRNA	Fondo Regionale Non Autosufficienza
GA	Gruppo Appartamento
ICF	International Classification of Functioning disability and health
ICT	Information Communication Technology
INF	Infermiere
PAI	Piano Assistenziale Individualizzato
PEI	Progetto Educativo Individualizzato
PF	Profilo Funzionale
SIS	Support Intensity Scale
TRP	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UONPIA	Unità Operativa Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza
UOS	Unità Operativa Semplice
UVG	Unità di Valutazione Geriatrica
UVM-D	Unità Valutazione Multidimensionale Disabili

DEFINIZIONI	
UVM	Strutture professionali integrate tra AUSL e Comuni, per la definizione dei progetti assistenziali a partire dalla valutazione dei bisogni e della domanda. Tali strutture operano su base distrettuale ed assumono i caratteri di una equipe interprofessionale (Unità di Valutazione Multi-professionale), la cui composizione può variare in ragione delle competenze professionali richieste dalle caratteristiche dell'area assistenziale cui la rete afferisce. La funzione di valutazione e di progettazione svolta dall'equipe viene esercitata avvalendosi di strumenti di valutazione multimodale periodicamente rivisti e corretti in rapporto alla evoluzione scientifica delle metodologie valutative e della esperienza maturata a seguito della loro applicazione.
Persona disabile adulta	Persona disabile di età compresa tra i 18 ed i 65 anni che non può accedere in modo definitivo o temporaneo al lavoro e richiede l'elaborazione di un progetto personalizzato di assistenza a medio-lungo termine attraverso interventi sostenuti dai fondi della Non Autosufficienza (FNA, FRNA, DDN, VI, CAREGIVER)
Disabile minore con gravissima disabilità non scolarizzabile	Minori di età che in conseguenza di gravi patologie presentano condizioni di totale dipendenza, necessitano assistenza continua nell'arco delle 24 ore e sono in condizione di non potere seguire i normali percorsi di integrazione scolastica e nei servizi (DGR2068) e DM 2016
Piano Assistenziale Individualizzato	Lo strumento ove far convergere le valutazioni e le relative risposte ai bisogni che i diversi professionisti, in forma integrata e condivisa con pazienti e caregiver, devono porre in essere per delineare un progetto complessivo di presa in carico. Il Piano individualizzato costituisce in tal modo il documento di riferimento e la tracciatura delle attività, dei miglioramenti o, per converso, della stabilità o peggioramento delle condizioni degli utenti in carico.

6. Responsabilità:

ATTIVITÀ \ ATTORI	Segreteria UVMD**	UVMD*	Responsabili di Area
1. Presa in carico della richiesta di valutazione	R	I	/
2. Presa visione della documentazione	C	R	/
3. Convocazione UVMD	R	C	/
4. Valutazione tecnica	I	R	I
5. Invio valutazione	R	I	C
6. Autorizzazione all'attivazione dell'intervento	I	I	R
7. Inserimento esito valutazione su GARSIA	RC	R	I

Legenda: R= responsabile C= coinvolto I= informato

* a seconda della complessità del caso e della tipologia del progetto può essere composta da: Medico, Educatore Professionale/TRP, Assistente Sociale e integrato con altri professionisti in base alle specificità del caso.

** Per il Distretto Centro Nord la funzione di Segreteria UVMD è svolta da ASP e ASSP.

7. Descrizione della attività e modalità operative

Le richieste di attivazione dell'UVM-D riguardano:

A. Accesso alla rete dei Servizi dell'Area Non Autosufficienza:

- Inserimenti nei CSRR/CSRD, CSO, Case Famiglia, Gruppi appartamento
- Accoglienza temporanea di sollievo/emergenza in Centri Residenziali e Centri Diurni
- Servizio Assistenziale Domiciliare (per la valutazione delle condizioni di non autosufficienza)
- Servizio Educativo Domiciliare
- Assegni di Cura ed eventuale contributo aggiuntivo per assistenti familiari con regolare contratto

B. Richiesta di consulenza finalizzata ad un approfondimento valutativo non finalizzato all'accesso alla rete

7.1. Presa in carico della richiesta di valutazione

La richiesta perviene alla Segreteria della UVMD, tramite Garsia, da parte del Servizio Sociale Territoriale del Comune di residenza dell'utente.

La Segreteria UVM-D registra le richieste, raccoglie la documentazione e la invia a tutti i componenti dell'UVM-D e al Medico che valuta l'opportunità della sua presenza.

7.2. Presa visione della documentazione

I componenti dell'UVM-D, ciascuno per la propria parte di competenza, prendono visione della documentazione. Il Medico, presa visione della documentazione del caso, qualora ritenga che gli aspetti sanitari non siano rilevanti invia comunicazione formale della sua assenza alla Segreteria

7.3. Convocazione UVMD

La Segreteria UVM-D coinvolge ed attiva tutte le figure funzionali alla valutazione del caso (specialisti, MMG, familiari e/o tutore/AdS).

7.4. Valutazione tecnica

I componenti dell'UVM-D, ciascuno per la propria parte di competenza, procedono ad una valutazione attraverso l'utilizzo di strumenti condivisi diversificati a seconda del caso e della richiesta (vedi allegato 1).

La valutazione delle persone disabili può richiedere anche più sedute per la raccolta completa delle informazioni necessarie. È possibile che i membri dell'UVM-D abbiano necessità di procedere in modo individuale all'approfondimento di tematiche di specifica competenza. Inoltre, la valutazione dovrà tenere in considerazione la compatibilità del servizio individuato in relazione ai bisogni dell'utente e prevedere il coinvolgimento diretto degli enti gestori. Per i casi più complessi si prevede un intervento di facilitazione in interfaccia con i diversi soggetti coinvolti.

Il processo di valutazione si deve concludere con la stesura di una relazione in formato elettronico (All. 2) a supporto della situazione segnalata.

Per l'assegno di cura viene utilizzato il documento P.A.I.

7.5. Autorizzazione all'attivazione dell'intervento

L'UVM invia richiesta di autorizzazione alla spesa ai Responsabili di Budget, che dovranno verificarne l'effettiva sostenibilità economica anche attraverso il periodico monitoraggio di programmazione.

7.6. Invio della valutazione

L'UVM, dopo aver ricevuto l'autorizzazione all'attivazione dell'intervento, condivide l'esito della valutazione con il Responsabile del Caso.

7.7. Inserimento dell'esito della valutazione in GARSIA per condivisione con i Servizi

L'UVM inserisce su GARSIA l'allegato, firmato ed in formato PDF, redatto come esito della valutazione.

8. Accessibilità

Il presente documento è disponibile in DocWeb

9. Parametri di controllo:

Indicatore	Standard	Chi rileva	Frequenza	A chi fornisce il dato
n. Progetti Individualizzati definiti entro 30 giorni / n. totale nuove richieste di valutazione	100%*	UVM	Annuale	Responsabile Area
n. Progetti individualizzati (All.2) inseriti in Garsia / n. totale nuove richieste di valutazione	100%	UVM	Annuale	Responsabile Area
n. Verifiche periodiche annuali / utenti in carico	100%	UVM	Annuale	Responsabile di Area
n. Incontri provinciali annuali delle UVM (3)	80%	Responsabile Area	Annuale	Responsabile U.O.C.

* salvo necessità di acquisire ulteriore documentazione

10. Allegati

- Allegato n. 1: Strumenti di valutazione
- Allegato n. 2: Format UVM-D
- Allegato n. 3: Specifiche su percorso autorizzativo

Allegato 1 – Strumenti di valutazione

Il presente elenco contiene gli strumenti che possono essere utilizzati dall'UVM-D, a seconda del caso e della richiesta.

- Scheda di Classificazione Regionale, obbligatoria per l'accesso ai Servizi Diurni e Residenziali accreditati
- Scheda Sociale
- ADL/IADL
- Vineland-II
- SIS – Support Intensity Scale
- PF – Profilo Funzionale
- Intervista preferenze
- BASIQ – Batteria Strumenti per l'Indagine della Qualità di Vita
- SIQF – Strumento d'Indagine della Qualità di Vita della Famiglia

Allegato 2 – Format UVM-D



DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
DISTRETTO
AREA DISABILI ADULTI

U.V.M.D. Distretto di

Ambito territoriale di

FORMAT UVM

ANAGRAFICA

Nome e Cognome	_____
Nato/a a	_____ il _____
Residente a	_____ in via _____
Diagnosi	_____
MMG	_____
Servizi attivi	_____

VALUTAZIONE RICHIESTA DA

--

DOCUMENTAZIONE ACQUISITA

--

BISOGNI E ASPETTATIVE UTENTE

--

VALUTAZIONE DEL CAREGIVER

RICONOSCIMENTO / STRESS

BISOGNI

OBIETTIVI

INTERVENTI

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

AREA SANITARIA

OBIETTIVO

AZIONE

AREA SOCIALE

OBIETTIVO

AZIONE

AREA EDUCATIVA

OBIETTIVO

AZIONE

ESITO

ELENCO DEI SERVIZI

☐ CSRR

☐ CSO

☐ AdC

☐ CSRD

☐ SAD

☐ Altro

☐ GA/CF

☐ SED

TEMPI E MODI DI VERIFICA

RESPONSABILE DEL CASO/CASE MANAGER

FIRME UVMD

MEDICO

EP/TRP

ASSISTENTE SOCIALE

ASSISTENTE SOCIALE RDC

Allegato 3 – Specifiche su percorso autorizzativo

Percorso autorizzativo nuovi casi o aggiornamento PAI – Area DISABILITA’

Il presente percorso si applica a tutti gli interventi in cui è prevista la compartecipazione alla spesa da parte dei SST.

- 1) AS propone a UVM la valutazione di utente disabile tramite GARSIA;
- 2) Confrontandosi con la referente DDN VI del proprio territorio, evidenzia l’eventuale compatibilità del progetto con tali fondi;
- 3) UVM procede, dopo la richiesta delle assistenti sociali del Territorio, alla valutazione del caso, con le modalità condivise con procedura operativa;
- 4) UVM e AS RDC richiedono la sostenibilità economica con mail indirizzata a:

UVM a:

- DASS e Responsabile area disabilità;
- MO Funzioni amministrative Socio Sanitarie e Amministrativa competente per distretto (per conoscenza);

AS RDC a:

- Responsabile SST competente per territorio o referente SST per la disabilità;
- all’ amministrativo del SST (per conoscenza).

L'amministrativa competente per il SST invia a DASS e MO Funzioni amministrative Socio Sanitarie e Amministrativa una comunicazione per l'impegno di spesa per la parte di competenza SST.

La richiesta deve indicare:

- A) iniziali dell’utente;
- B) la classificazione dell'utente;

AUSL di FERRARA

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE - U.O.C. Assistenza Anziani e Disabili Adulti

Procedura “Valutazione Multidimensionale della Persona Adulta Disabile”nr. 9499, vers. 1 del 26/01/2023

Pagina 10 di 11

- C) la struttura;
 - D) da quando decorre l'inserimento;
 - E) termine dell'inserimento e tipologia dello stesso (provvisorio di sollievo/definitivo);
 - F) i progetti che cessano e che compensano la spesa (verificabili tramite GARSIA) **oppure**,
 - G) l'eventuale emergenza;
-
- 5) la proposta non urgente deve essere presentata al gruppo di monitoraggio FRNA/FNA;
 - 6) se si approva avviene l'inserimento in Garsia;
 - 7) le proposte urgenti verranno valutate dal DASS e dal responsabile SST competente.