

Servizio Sanitario Regionale - Azienda USL Umbria n.1

Delibera del Direttore Generale n. 525 del 18/06/2014

Oggetto: PROTOCOLLO AZIENDALE PER L'ACCESSO AI SERVIZI
PREVISTI DAL FONDO PRIMA PER LE GRAVISSIME DISABILITA' -
Recepimento linee di indirizzo regionali

Proponente: Direzione Sanitaria

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 3374 del 16/06/2014 contenente:

il Parere del Direttore Sanitario - Dr. Diamante PACCHIARINI.

DELIBERA

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Giuseppe LEGATO)*

* Questo documento è firmato digitalmente, pertanto ha lo stesso valore legale dell'equivalente documento cartaceo firmato autografo. I documenti perdono ogni valore legale quando vengono stampati, pertanto, nel caso fosse necessario inoltrare il documento ad un altro destinatario, è necessario copiarlo su supporto magnetico oppure inviarlo per posta elettronica.

DOCUMENTO ISTRUTTORIO**Premesso che**

1. con la DGR n. 1708 del 30.11.2009: L..R. 4 giugno 2008 n. 9 la Regione Umbria dispone l'Istituzione del Fondo Regionale per la non autosufficienza le modalità di accesso alle prestazioni con la programmazione delle risorse, declinando i riferimenti metodologici per la redazione del Piano attuativo triennale del PRINA e del Programma operativo PRINA;
2. con Decreto Ministeriale del 20.03.2013 l'art. 3 dispone che le Regioni si impegnino ad utilizzare una quota non inferiore al 30% per interventi a favore di persone in condizione di disabilità gravissima, ivi inclusi quelli a sostegno delle persone affette da Sclerosi Laterale Amiotrofica;
3. con DGR 1524 del 23. 12. 2013 "Programmazione fondo non autosufficienza anno 2013 – Assegnazione risorse alle Aziende Sanitarie Regionali", sono state ripartite le risorse per la non autosufficienza stanziata nel bilancio regionale 2013.

Considerato che

la Direzione Regionale Salute e Coesione sociale – Servizio Programmazione socio – sanitaria dell'assistenza distrettuale ospedaliera con nota Pec. 39757 del 19. 03. 2014 avente per oggetto: Fondo per la non autosufficienza, inoltra le indicazioni concordate per l'anno 2014 per la SLA e le Disabilità gravissime

Visto:

le risoluzioni individuate nella riunione aziendale ad hoc del 22/05/2014 a cui erano presenti i Direttori dei 6 Distretti dell'Azienda USL Umbria 1 ed i Referenti del Servizio Sociale Aziendale,

Tutto ciò premesso, si propone di adottare la seguente Delibera

- 1) recepire le indicazioni regionali trasmesse con nota Pec. 39757 del 19.03.2014 che declina i criteri di gravità clinica e la ripartizione delle risorse destinate alla disabilità gravissima;
- 2) adottare il protocollo aziendale per l'accesso ai servizi previsti dal Fondo Disabilità Gravissime - allegato 1 al presente atto e che ne costituisce parte integrante per l'applicazione dei criteri valutativi da adottare da parte delle Unità di Valutazione Multidisciplinare per l'individuazione dei soggetti beneficiari degli interventi previsti;
- 3) adottare la modulistica – allegato A e B - che ne costituisce parte integrante;
- 4) trasmettere il presente atto ai Direttori di Distretto per la diffusione alle UMV distrettuali.

Dare atto che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione integrale ai sensi delle vigenti normative in tema di riservatezza.

I Funzionari Istruttori

P.O. A.S. Dr.ssa Patrizia Cecchetti

P.O. A.S. Dr.ssa Rossella Cestini

Responsabile**P.O. Ufficio Coordinamento Servizi Sociali****A.S. Dr.ssa Patrizia Cecchetti**

PROTOCOLLO AZIENDALE PER L'ACCESSO AI SERVIZI PREVISTI DAL FONDO DISABILITA' GRAVISSIME

CRITERI DI ACCESSO INTERVENTI DISABILITA' GRAVISSIME

In riferimento a quanto stabilito all'art. 3 del Decreto Interministeriale del 20.03.2013 e nota della Regione Umbria PEC 39757 del 19.03.2014, di seguito vengono riportati i criteri di accesso degli interventi da individuare tra quelli previsti per le disabilità gravissime per i soggetti in età compresa **tra 0 e 64 anni: Assistenza Domiciliare o Assegno.**

CRITERI DI GRAVITA' CLINICA (ai sensi art. 3 DM 20.03.2013)	
a	Ventilazione invasiva oppure ventilazione non invasiva nelle 24 h in allettato oppure dipendenza vitale
b	Alimentazione enterale / parenterale / totalmente assistito
c	Perdita completa dell'uso funzionale degli arti superiori
d	Perdita completa della funzione deambulatoria autonoma

L'erogazione è subordinata alla presenza di **almeno 3** dei sopra riportati criteri clinici.

In caso sia necessario procedere alla elaborazione di una **lista di attesa**, la stessa sarà redatta utilizzando i seguenti criteri di priorità:

Criteri di gravità clinica presenza di **4/4**

In caso di **parità** di condizioni cliniche si procederà alla:

Valutazione sociale/socio-familiare-ambientale che sarà effettuata secondo le modalità operative già in uso nelle UMV integrate distrettuali per l'applicazione dei programmi operativi PRINA.

INDIVIDUAZIONE DEGLI INTERVENTI

In sede di formulazione del Piano Assistenziale Individualizzato l'equipe e la famiglia concordano l'intervento da attuare tra quelli previsti dal PRINA: Assegno o Assistenza Domiciliare.

1) *Erogazione assegno mensile di Euro 600 (erogabili fino al massimo del 50% del budget disponibile assegnato alle gravissime disabilità)*

Nel Patto di Cura dovrà essere specificata la **scadenza prevista al termine dell'anno solare in cui è stato redatto il PAI.**

Il Pai dovrà essere formulato/rimodulato in considerazione della erogazione dell'assegno.

Tale erogazione **esclude** la possibilità di usufruire di ogni altra prestazione socio-sanitaria:

- Assistenza Domiciliare
- Semiresidenzialità
- Residenzialità

Il beneficio cessa nei seguenti casi:

Cessazione definitiva:

- Decesso
- Ricovero permanente in struttura residenziale
- Trasferimento residenza in ambito extra USL

Cessazione temporanea:

- Ricovero ospedaliero per un periodo superiore a giorni 30.

2) *Erogazione Assistenza Domiciliare (erogabili fino al massimo del 50% del budget disponibile assegnato alle gravissime disabilità)*

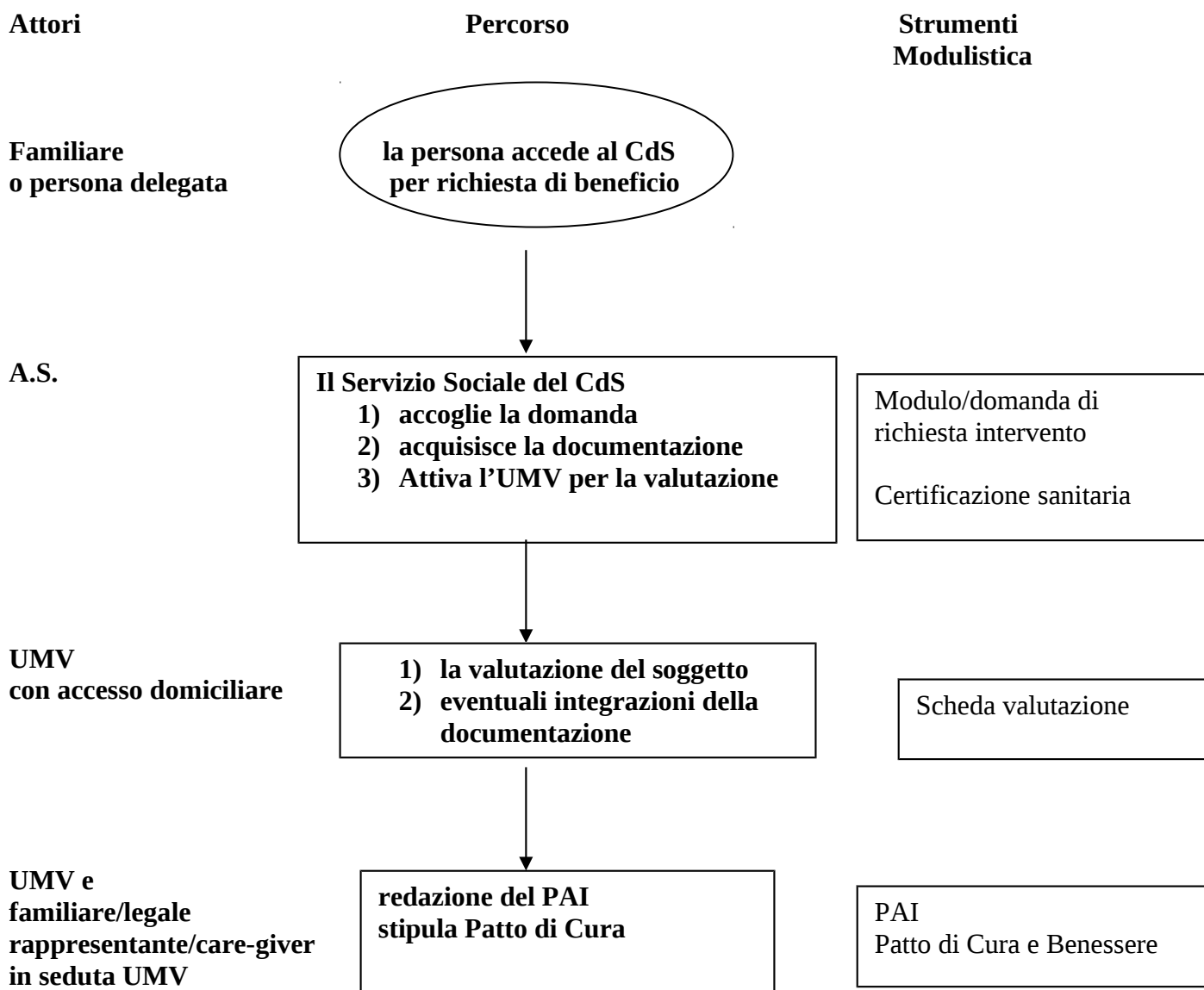
Nel Patto di Cura dovrà essere specificata la **scadenza prevista al termine dell'anno solare in cui è stato redatto il PAI.**

Il Pai dovrà essere formulato/rimodulato in considerazione della erogazione del Servizio Domiciliare.

Tale erogazione è **possibile** anche in presenza di altre prestazioni socio – sanitarie compresa eventualmente la semiresidenzialità.

PERCORSO DI ACCESSO

Il percorso per l'erogazione dei benefici previsti dal Fondo Regionale per la Non Autosufficienza per le gravissime disabilità ai sensi dell'art.3 DM 20.03.13 segue l'iter e adotta gli strumenti previsti dal Programma Regionale per la Non Autosufficienza, così come di seguito riportato.



Cognome _____ Nome _____

CRITERI DI ACCESSO

GRAVITA' CLINICA (ai sensi art. 3 DM 20.03.2013)	Assegnazione
Ventilazione invasiva oppure ventilazione non invasiva nelle 24 h in allettato oppure dipendenza vitale	1
Alimentazione enterale / parenterale / totalmente assistito	1
Perdita completa dell'uso funzionale degli arti superiori	1
Perdita completa della funzione deambulatoria autonoma	1

Totale	
---------------	--

VALUTAZIONE SOCIO-FAMILIARE-AMBIENTALE*	Punteggio
Presenza di conviventi non autosufficienti certificati	
Riconoscimento I.C., di almeno 100%	1
Riconoscimento I.A: ed Handicap Grave	2
Gravi problematiche sanitarie del/dei care givers	
Riconoscimento Invalidità Civile Superiore al 74%	1
Certificazioni specialistiche di struttura pubblica di eventi acuti altamente invalidanti	2
Assenza o inadeguatezza della rete familiare	
Presenza di un solo familiare o convivente	1
Inadeguatezza rete familiare	2
Assenza rete familiare	3
Non esistenza di familiari fino al secondo grado in linea diretta	4
Grave situazione socio-ambientale	2

Totale valutazione sociale	
-----------------------------------	--

* (da utilizzare per l'eventuale graduatoria della lista d'attesa)

Data _____

UMV Distrettuale

-) _____
-) _____

che il **nucleo familiare** del destinatario degli interventi/prestazioni è così composto:

COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA	PROFESSIONE	CONVIVENTE SI' / NO

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA:

Certificazione ISEE

IL SOTTOSCRITTO:

-) si rende disponibile ad integrare la documentazione richiesta di ulteriori informazioni e documenti che possano essere utili ai fini della valutazione della situazione
-) si impegna, in caso di autocertificazione relativa ai punti sopraccitati, a presentare la relativa documentazione prima dell'eventuale stipula del Patto per la Cura ed il Benessere
-) dichiara di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui alla normativa sulla tutela della privacy, che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente a fini istituzionali e nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____/_____/_____
Data

Firma

Spazio riservato al PUNTO DI ACCESSO ASL / Comune

Firma per accettazione

Timbro datario