

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE
Pierluigi MARQUIS

IL DIRIGENTE ROGANTE
Livio SALVEMINI

REFERTO DI PUBBLICAZIONE

Il sottoscritto certifica che copia della presente deliberazione è in pubblicazione all'albo dell'Amministrazione regionale dal _____ per quindici giorni consecutivi.

Aosta, li _____

IL DIRIGENTE
Massimo BALESTRA

Verbale di deliberazione adottata nell'adunanza in data 21 aprile 2017

In Aosta, il giorno ventuno (21) del mese di aprile dell'anno duemiladiciassette con inizio alle ore otto e otto minuti, si è riunita, nella consueta sala delle adunanze sita al secondo piano del palazzo della Regione - Piazza Deffeyes n. 1,

LA GIUNTA REGIONALE DELLA VALLE D'AOSTA

Partecipano alla trattazione della presente deliberazione :

Il Presidente della Regione Pierluigi MARQUIS

e gli Assessori

Laurent VIERIN - Vice-Presidente

Luigi BERTSCHY

Stefano BORRELLO

Chantal CERTAN

Albert CHATRIAN

Claudio RESTANO

Fabrizio ROSCIO

Si fa menzione che l'Assessore Stefano BORRELLO lascia la seduta alle ore 9.07, dopo l'approvazione della deliberazione n. 504.

Svolge le funzioni rogatorie il Dirigente della Segreteria della Giunta regionale, Sig. Livio SALVEMINI

E' adottata la seguente deliberazione:

N° **495** OGGETTO :

REVISIONE DELLE MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DELL'UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DISTRETTUALE (U.V.M.D.) RINOMINATA IN UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTI DIMENSIONALE (U.V.M.D.). GESTIONE DELLE GRADUATORIE PER L'ACCESSO AI SERVIZI E AVVIO DELLA SPERIMENTAZIONE DELLA PIATTAFORMA GESTIONALE INFORMATIZZATA A DECORRERE DALL'ANNO 2017. REVOCA DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1040 IN DATA 16/4/2010.

LA GIUNTA REGIONALE

richiamata la legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93 “Testo unico delle norme regionali in materia di promozione di servizi a favore delle persone anziane ed inabili”;

richiamata la legge regionale 25 gennaio 2000, n. 5 “Norme per la razionalizzazione dell'organizzazione del Servizio socio-sanitario regionale e per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali prodotte ed erogate nella regione”;

richiamata la legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”, e, in particolare, l'art. 8 (Funzioni delle regioni);

richiamata la legge regionale 18 aprile 2008, n. 14 “Sistema integrato di interventi e servizi a favore delle persone con disabilità”, in particolare l'art. 8 (Progetto individuale e presa in carico. Unità di valutazione multidimensionale);

richiamato il decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008 recante “Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali” e in particolare l'articolo 5, comma 2: “Le informazioni devono essere rilevate al verificarsi degli eventi di cui all'art. 3, comma 3 e trasmesse al NSIS, con cadenza trimestrale, entro i quarantacinque giorni successivi al periodo di riferimento in cui si sono verificati gli eventi stessi”;

richiamato il decreto del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 17 dicembre 2008 recante “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare.”;

visto l'Accordo sancito in data 30 ottobre 2014 tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante: «Piano nazionale demenze - Strategie per la promozione ed il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel settore delle demenze» (Rep. atti n. 135/CU);

richiamata la legge regionale 17 giugno 2009, n. 15 “Assestamento del bilancio di previsione per l'anno finanziario 2009, modifiche a disposizioni legislative, variazioni al bilancio di previsione per l'anno finanziario 2009 e a quello pluriennale per il triennio 2009/2011” che all'art. 22, comma 1 dispone: “La Regione e gli enti locali realizzano e gestiscono sistemi informativi condivisi volti a favorire l'accesso ai servizi da parte del cittadino, l'attività di comunicazione e informazione e il monitoraggio della spesa pubblica”;

richiamata la legge regionale 25 ottobre 2010, n. 34 “Approvazione del piano regionale per la salute e il benessere sociale 2011/2013” che si propone di migliorare la qualità dei servizi in ambito sanitario e socio assistenziale;

visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502” e, in particolare, l'articolo 30 (Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti”;

richiamate le seguenti deliberazioni della Giunta regionale:

- n. 1801 in data 31 maggio 2004 recante “Approvazione delle disposizioni inerenti alla composizione, alle competenze e alle modalità di funzionamento delle Unità di valutazione geriatrica, dei criteri e punteggi per la formazione delle graduatorie per l’accesso alle strutture semi-residenziali e residenziali, della modulistica per l’accesso ai servizi per anziani ed inabili (residenziali, semi-residenziali e assistenza domiciliare integrata) di cui alla l.r. 93/1982. Revoca delle DGR n. 2387 e n. 4229/2001”;
- n. 4509 in data 6 dicembre 2004, recante “Approvazione delle “Linee guida per l’erogazione dell’assistenza domiciliare integrata – A.D.I.” nonché dello schema tipo di protocollo d’intesa da sottoscrivere con gli enti interessati”;
- n. 2868 in data 29 settembre 2006, recante “Approvazione di nuove disposizioni inerenti alla composizione, alle competenze e alle modalità di funzionamento delle Unità di valutazione geriatrica e dei criteri e punteggi per la formazione delle graduatorie per l’accesso alle strutture semi-residenziali e residenziali. Sostituzione degli allegati A) e E) alla deliberazione della Giunta regionale 1801/2004”;
- n. 396 in data 15 febbraio 2008, recante “Approvazione della costituzione, per il triennio 2008/2010, di un Gruppo tecnico interprofessionale per l’elaborazione e il monitoraggio di procedure e strumenti, da applicare nei servizi socio-sanitari per anziani, nonché per ridefinire il funzionamento delle équipes di base e delle Unità di valutazione geriatrica”;
- n. 1040 in data 16 aprile 2010 “Approvazione dell’istituzione sperimentale dell’Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale nei quattro distretti socio-sanitari e nella città di Aosta, con decorrenza del 1° luglio 2010”;
- n. 2656 in data 1° ottobre 2010 “Approvazione dell’istituzione del flusso informativo, tra l’azienda USL e l’Assessorato regionale Sanità, salute e politiche sociali, relativo al monitoraggio delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata - ADI.”;
- n. 634 in data 18 marzo 2011 “Approvazione della collaborazione con il Comune di Aosta per elaborare sistemi innovativi e sperimentali di organizzazione e qualità dei servizi sociali erogati nel comune stesso”;
- n. 929 in data 22 aprile 2011 “Approvazione dell’accordo regionale per i medici di assistenza primaria, in attuazione dell’accordo collettivo nazionale di lavoro per la medicina generale del 23 marzo 2005 modificato in data 29 luglio 2009 (biennio economico 2006-2007) e in data 8 luglio 2010 (biennio economico 2008/2009)” che, all’articolo 3, disciplina le modalità di selezione del medico da inserire nella UVMD, se scelto tra i medici di medicina generale;
- n. 2957 in data 9 dicembre 2011 “Approvazione degli standard organizzativi del servizio di assistenza domiciliare (SAD) e assistenza domiciliare integrata (ADI) ai fini dell’autorizzazione di soggetti pubblici e privati, del termine per l’adeguamento e della proroga del gruppo tecnico interprofessionale istituito con DGR 396/2008”;
- n. 2958 del 9 dicembre 2011 “Approvazione del documento riportante ulteriori requisiti aggiuntivi a quelli autorizzativi del servizio di assistenza domiciliare (SAD), di cui alla DGR 2957/2011, da sperimentare nel Comune di Aosta ai fini della definizione di criteri per l’accreditamento dello stesso e proroga dei termini per la presentazione dei risultati del monitoraggio di cui alla DGR 634/2011”;
- n. 265 in data 22 febbraio 2013 “Approvazione dei requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani resi da soggetti pubblici e privati in Valle d’Aosta ai sensi della l.r. 93/1982. Revoca delle deliberazioni della Giunta regionale 2282/2007 e 1557/2008. Sostituzione dell’allegato alla deliberazione della Giunta regionale 2957/2011”;
- n. 492 in data 11 aprile 2014 “Modificazioni alla deliberazione della Giunta regionale n. 265 in data 22 febbraio 2013 e sostituzione del relativo allegato sui requisiti minimi strutturali e organizzativi dei servizi socio-assistenziali residenziali e semi-residenziali per anziani resi da soggetti pubblici e privati in Valle d’Aosta ai sensi della l.r. 93/1982”;

- n. 866 in data 20 giugno 2014 “Approvazione dei criteri e delle modalità per l’erogazione dei contributi di cui al capo IV (interventi economici a favore di soggetti non autosufficienti) della L.R. 23/2010 “Testo unico in materia di interventi economici di sostegno e promozione sociale”. Revoca della DGR 1553/2011”;
- n. 1514 in data 31 ottobre 2014 “Approvazione della revisione, a partire dal 1° gennaio 2015, della tabella degli interventi del servizio di assistenza domiciliare, applicati in via sperimentale nel Comune di Aosta e della proroga al 31 dicembre 2016 delle sperimentazioni dell’accreditamento in ambito sociale e del servizio di assistenza domiciliare del Comune di Aosta”;
- n. 37 in data 16 gennaio 2015 “Approvazione della classificazione delle strutture socio-assistenziali residenziali per anziani pubbliche e private in Valle d’Aosta in applicazione della deliberazione della Giunta regionale n. 492/2014 per applicazione del costo unitario ottimale ai sensi della l.r. 93/1982 e modifica del punto 1.4.7. - lettera C dell’allegato alla DGR 492/2014”;
- n. 627 in data 30 aprile 2015 “Approvazione delle procedure applicative del nuovo indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), approvato con DPCM 5 dicembre 2013, n. 159”;
- n. 788 in data 29 maggio 2015 “Approvazione degli importi e delle modalità di erogazione dei finanziamenti regionali da assegnare agli Enti gestori dei servizi per anziani e inabili per l’anno 2015, ai sensi della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 93. Impegno di spesa”;
- n. 360 in data 18 marzo 2016 “Modalità di attuazione dell’art. 10, comma 3, della l. r. 19/2015 e definizione della disciplina in materia di servizi a favore di persone anziane e inabili per l’anno 2016”;
- n. 251 in data 3 marzo 2017 “Approvazione delle modalità applicative, in via sperimentale, del nuovo indicatore della situazione economica equivalente (ISEE), approvato con DPCM 5 dicembre 2013, n. 159, e delle modalità di contribuzione dei servizi per anziani di cui alla l.r. 93/1982”;

richiamata la deliberazione del Direttore generale dell’Azienda USL della Valle d’Aosta n. 2518 in data 6 dicembre 2005 “Adozione del modello organizzativo e della procedura denominata “Dimissione protetta dall’ospedale regionale”;

richiamato il provvedimento dirigenziale n. 5191 in data 2 dicembre 2009, che aveva approvato l’introduzione sperimentale dal 1° gennaio 2010 dello strumento di valutazione “Scheda di valutazione multidimensionale dell’anziano S.Va.M.A.” e della documentazione per l’accesso ai servizi;

preso atto che il Documento di economia e finanza regionale (DEFER) per il triennio 2017-2019, adottato dal Consiglio regionale con deliberazione n. 2423/XIV in data 24/10/2016, ai sensi dell’articolo 36, comma 2, del d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118, prevede la *“revisione del sistema di welfare regionale tendente a realizzare nuove forme di integrazione tra i soggetti erogatori di servizi di cura e assistenza alle persone non autosufficienti, salvaguardando le condizioni di equità e di appropriatezza nell’accesso ai servizi stessi e tarando la compartecipazione alla spesa da parte del cittadino in proporzione al reddito”*;

dato atto che detta revisione del sistema di welfare regionale dovrà essere completata nel triennio 2017-2019 e che uno dei punti nodali della riforma consiste nel modello organizzativo sotteso alla valutazione multidimensionale della persona non autosufficiente;

considerato che a seguito di molteplici riunioni e confronti con le varie parti interessate, sono state rilevate dai competenti uffici le seguenti criticità:

- tempi lunghi per le dimissioni dai reparti ospedalieri;

- necessità di uniformare le procedure per l'inserimento in struttura o il rientro a domicilio;
- modalità di inserimento e di gestione dei posti nei nuclei per demenze (compreso Alzheimer);
- modulistica per l'accesso ai servizi sul territorio disomogenea;
- necessità di uniformare la gestione dei flussi A.D.I. e A.D.I./C.P.;
- necessità di migliorare i flussi informativi necessari a reperire le informazioni relative agli utenti e alla gestione dei servizi correlati;
- necessità di migliorare i flussi informativi relativi alle persone con disabilità e di promuovere l'utilizzo di strumenti di lavoro dedicati;

richiamata l'introduzione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di una classificazione volta al superamento delle precedenti classificazioni (ICD e ICIDH), elaborata nel 2001 e denominata ICF (International Classification of Functioning Disability and Health), che definisce la disabilità, non come assenza della salute in una minoranza di persone, ma come conseguenza o risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo;

considerato che con decreto del Direttore generale n. 177/2010 della Direzione Generale per l'inclusione, diritti sociali e la responsabilità delle imprese del Ministero del lavoro e delle Politiche sociali veniva approvata la graduatoria relativa ai progetti sperimentali ai sensi dell'art. 3, comma 1, del Decreto interministeriale del 4 ottobre 2010, nella quale risultava essere finanziato il progetto "Il mondo in ICF. Dalla classificazione ICF alla presa in carico" presentato dalla Regione Autonoma Valle d'Aosta;

considerato che, in data 15 novembre 2011, era stato sottoscritto l'atto di finanziamento del progetto "Io ti conosco. Sviluppo di strumenti e protocolli per la valutazione dei bisogni e per la presa in carico della persona con disabilità nel corso di vita" tra la Regione Autonoma Valle d'Aosta ed il Ministero del lavoro e delle politiche sociali;

richiamata la necessità di predisporre adeguati strumenti informatici per la tracciabilità delle informazioni sulle condizioni funzionali della persona e la loro evoluzione nel corso del tempo, sui processi di presa in carico e sulle prestazioni socio-assistenziali erogate in collegamento con il Sistema informativo sulla non autosufficienza (SINA);

considerato che, nell'ambito del progetto "Io ti conosco" sopra citato, è stata effettuata una formazione specifica sull'ICF per i componenti dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale e per tutti gli operatori del comparto educativo e dei servizi socio- assistenziali e sociosanitari per persone con disabilità;

ritenuto di valorizzare l'investimento sul monitoraggio del processo di introduzione presso la Regione Valle d'Aosta, in ottica sperimentale, della Scheda di Valutazione Multidimensionale del Disabile, analogamente a quanto già avvenuto con la S.Va.M.A., che consentirebbe di completare il soddisfacimento dei debiti informativi SINA (per ora limitato al contributo informativo della S.Va.M.A.) mettendo a regime il sistema S.Va.M.Di.;

ritenuto quindi opportuno rivedere le modalità di gestione e di organizzazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) rinominandola in Unità di Valutazione Multi Dimensionale (U.V.M.D.) secondo le linee guida di seguito riportate, di cui si descrivono le modalità dettagliate di gestione nell'allegato alla presente deliberazione:

- ridefinizione dell'U.V.M.D. come organismo regionale unico, avente modalità di lavoro condivise, i cui componenti, così come le sedi di incontro, variano a seconda dei casi trattati, con riferimento alle segreterie di competenza;
- previsione di un medico proposto e designato dall'Azienda USL in accordo con l'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, assegnato all'Area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, con funzioni di coordinatore, con impegno a tempo pieno in possesso di particolari capacità professionali accertate anche attraverso un colloquio attitudinale e motivazionale, coadiuvato da una seconda unità di personale medico avente le stesse funzioni, in caso di assenza o impedimento del titolare e nel caso in cui il carico di lavoro sia tale da non poter essere smaltito in tempi rapidi da una sola figura;
- mantenimento dell'organizzazione territoriale delle cinque unità amministrative attualmente operanti, nelle rispettive sedi, al fine di garantire il necessario collegamento con gli Enti Gestori e le équipe territoriali socio-sanitarie; privilegiando tre sedi (alta valle, bassa valle, Aosta e cintura) nelle quali svolgere le sole attività di valutazione dell'U.V.M.D. per i casi provenienti dal territorio. Per la bassa valle la sede è individuata, di volta in volta, in relazione alle esigenze organizzative dell'U.V.M.D.; le valutazioni ospedaliere continuano a essere svolte presso la sede dell'Ospedale regionale;
- istituzione di una graduatoria unica regionale per gli inserimenti in strutture protette residenziali e per gli inserimenti nelle strutture/nuclei residenziali per demenze (compreso Alzheimer), derivante dai punteggi attribuiti a seguito delle valutazioni effettuate in sede U.V.M.D., elaborata dalla Struttura competente dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali;
- attribuzione alle segreterie U.V.M.D. della gestione della graduatoria territoriale/distrettuale relativa agli inserimenti in strutture semi-residenziali e alberghiere e la gestione delle collocazioni;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n. 3841 del 27 dicembre 2007, modificata dalla deliberazione n. 2267 dell'8 agosto 2008, con la quale era stata approvata, ai sensi della legge regionale 12 luglio 1996, n. 16, apposita convenzione quadro tra la Regione Autonoma Valle d'Aosta e la società partecipata regionale IN.VA. S.p.A., in materia di programmazione, organizzazione e gestione del sistema informativo regionale, per il periodo 2008/2012, prorogata per l'anno 2013 con deliberazione della Giunta regionale n. 2084 del 2 novembre 2012;

richiamata, inoltre, la deliberazione n. 176 dell'8 febbraio 2013, con la quale la Giunta regionale aveva adottato, ai sensi della citata legge regionale 16/1996, il Piano Operativo Annuale per l'anno 2013 (POA 2013) per la programmazione, l'organizzazione e la gestione del sistema informativo regionale, che prevede, nella scheda di sintesi SIS.SI.II.03 "Progetti speciali di informatizzazione" la spesa stimata necessaria, tra l'altro, per fornire servizi di eccellenza ai fruitori del servizio;

richiamato il provvedimento del dirigente della Struttura sistemi informativi n. 5165 del 5 dicembre 2013 "Affido, alla società partecipata regionale IN.VA. S.p.A., ai sensi della l.r. 12 luglio 1996, n. 16 e successive modificazioni, delle attività di integrazione del sistema e avvio della soluzione applicativa a supporto dei processi specifici di valutazione multidimensionale, assistenziale domiciliare e residenziale. Impegno di spesa";

richiamate le note:

- protocollo n. 2072/ASS del 22 gennaio 2016, con la quale il CPEL richiede di estendere il sistema informativo U.V.M.D. a tutte le Unités des Communes valdôtaines al fine di creare una base dati comune ai diversi enti e di erogare agevolmente i servizi agli utenti;
- protocollo n. 3430/ASS del 2 febbraio 2016, con la quale si richiede a IN.VA. S.p.A. di estendere il sistema informativo a tutto il territorio regionale;

ritenuto quindi opportuno, alla luce delle considerazioni suddette, prevedere l'estensione dell'utilizzo della piattaforma gestionale informatizzata all'intero territorio regionale a decorrere dall'anno 2017 implementando e interfacciando, nel tempo, i sistemi attualmente utilizzati dagli Enti gestori, valutando le buone prassi già in uso, che, effettuate le opportune implementazioni, possono essere estese agli altri Enti interessati;

evidenziato che il sistema informatizzato sopracitato prevede la gestione dei seguenti processi:

- scheda di primo contatto sociale/sanitaria;
- scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano (S.Va.M.A.)
- riunioni U.V.M.D. e verbalizzazione;
- ingressi e dimissioni degli utenti nelle strutture;
- graduatorie per l'inserimento degli utenti nelle strutture;
- elaborazione delle prestazioni da erogare per il servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.)
- gestione delle presenze
- gestione degli accessi degli operatori sanitari e socio-sanitari e delle relative prestazioni erogate;
- calcolo delle rette per le strutture residenziali e semi-residenziali
- calcolo delle rette per il servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.)

ritenuto opportuno riorganizzare le funzioni dell'U.V.M.D. prevedendo un'attivazione obbligatoria per alcune tipologie di servizi e interventi, di seguito elencati:

- inserimenti in strutture residenziali per anziani e inabili;
- inserimenti in strutture semi-residenziali per anziani e inabili;
- inserimenti nei nuclei/strutture residenziali per demenze (compreso Alzheimer);
- certificazione per la non autosufficienza per progetti di sostegno ai sensi della normativa regionale;
- rinnovo dei progetti di alternativa all'istituzionalizzazione;

e una presa d'atto con relativa registrazione dei seguenti servizi e interventi da parte dell'U.V.M.D., anche successivamente all'attivazione:

- assistenza domiciliare integrata (A.D.I. e A.D.I./C.P.);
- inserimenti in R.S.A. e U.A.P;

ritenuto opportuno estendere – previa valutazione congiunta dell'esito della sperimentazione effettuata presso il Comune di Aosta - l'utilizzo della piattaforma gestionale alle assistenti sociali coordinatrici dei servizi anziani per la determinazione dei servizi S.A.D. e della parte sociale dei servizi A.D.I. e A.D.I./C.P;

ritenuto opportuno unificare sulla medesima piattaforma gestionale informatizzata la gestione dei flussi informativi relativi all'assistenza residenziale presso i nuclei R.S.A., U.A.P., nonché i flussi relativi all'assistenza domiciliare, A.D.I. e A.D.I./C.P. che devono pertanto confluire al medesimo applicativo successivamente all'attivazione, mediante presa d'atto e registrazione dei progetti avviati anche successivamente all'attivazione;

ritenuto opportuno disporre le misure necessarie a rendere compatibile la piattaforma gestionale informatizzata con il flusso informativo derivante dall'ICF e dalla S.Va.M.Di relativo alle persone con disabilità e l'applicazione operativa e uniforme su tutto il territorio regionale delle modalità di lavoro;

ritenuto necessario programmare la formazione e la riorganizzazione delle attività degli operatori coinvolti, demandandone l'organizzazione alle strutture dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, degli Enti locali della Valle d'Aosta, dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, per quanto possibile in maniera integrata, nel rispetto delle relative competenze;

dato atto che con riguardo ai disturbi cognitivi e alle demenze (ivi compreso l'Alzheimer) è in corso la revisione degli standard delle strutture residenziali e semi-residenziali nonché la riorganizzazione, da parte dell'Azienda USL, della presa in carico di tali pazienti attraverso l'istituzione del Centro per i disturbi del comportamento e delle demenze (C.D.C.D);

preso atto che l'Azienda USL non ha trasmesso le proprie osservazioni in merito ai contenuti della proposta della presente deliberazione ma che i contenuti sono stati discussi a seguito di incontri informali di condivisione con l'Assessorato sanità, salute e politiche sociali;

preso atto del parere contrario espresso, ai sensi della legge regionale 7 dicembre 1998 n. 54, dal Consiglio Permanente degli Enti locali della Valle d'Aosta sulla proposta della presente deliberazione e trasmesso con nota prot. n. 48/CPEL in data 24 gennaio 2017, recepita in data 25 gennaio 2017 prot. n. 2251/ASS;

considerato che il Consiglio Permanente degli Enti locali della Valle d'Aosta ha espresso le proprie considerazioni in merito alla proposta di deliberazione, accolte dalla Struttura regionale competente, che ha ritenuto di apportare le modifiche richieste;

preso atto, su valutazione del dirigente competente, che la presente deliberazione non comporta oneri a carico del Bilancio regionale;

richiamata la deliberazione della Giunta regionale n.1815 in data 30 dicembre 2016, concernente l'approvazione del documento tecnico di accompagnamento al bilancio e del bilancio finanziario gestionale per il triennio 2017/2019 e delle connesse disposizioni applicative;

visto il parere favorevole di legittimità sulla proposta della presente deliberazione rilasciato dal Dirigente della Struttura politiche sociali e giovanili dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, ai sensi dell'articolo 3, comma 4, della legge regionale 23 luglio 2010, n. 22;

su proposta dell'Assessore alla sanità, salute e politiche sociali, Luigi Bertschy;

ad unanimità di voti favorevoli

DELIBERA

- 1) di approvare la modifica della denominazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D.) in Unità di Valutazione Multi Dimensionale (U.V.M.D.) e la revisione delle modalità di funzionamento della stessa, nonché della

gestione delle graduatorie in strutture residenziali e semi-residenziali, con decorrenza dalla data di esecutività, come da allegato alla presente deliberazione di cui costituisce parte integrante, mediante la revoca della deliberazione della Giunta regionale n. 1040 del 16 aprile 2010;

- 2) di approvare l'avvio della sperimentazione della piattaforma gestionale informatizzata, dando atto che la medesima ha efficacia per le richieste trattate a partire dall'anno 2017, costituendo essa uno dei punti nodali della riforma del sistema di welfare regionale previsto dal DEFR 2017-2019;
- 3) di ridefinire l'Unità di Valutazione Multi Dimensionale (U.V.M.D.) come organismo regionale unico, avente modalità di lavoro condivise, i cui componenti, così come le sedi di incontro, possono variare a seconda dei casi trattati, con riferimento alle segreterie di competenza, fermo restando l'unicità del coordinatore medico e della segreteria di riferimento;
- 4) di prevedere un medico proposto e designato dall'Azienda USL in accordo con l'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, assegnato all'Area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta, con funzioni di coordinatore, con impegno a tempo pieno in possesso di particolari capacità professionali accertate anche attraverso un colloquio attitudinale e motivazionale, coadiuvato da una seconda unità di personale medico avente le stesse funzioni, in caso di assenza o impedimento del titolare e nel caso in cui il carico di lavoro sia tale da non poter essere smaltito in tempi rapidi da una sola figura;
- 5) di mantenere l'organizzazione territoriale delle cinque unità amministrative attualmente operanti, nelle rispettive sedi, al fine di garantire il necessario collegamento con gli Enti Gestori e le équipes territoriali socio-sanitarie; privilegiando tre sedi (alta valle, bassa valle, Aosta e cintura) nelle quali svolgere le sole attività di valutazione dell'U.V.M.D. per i casi provenienti dal territorio. Per la bassa valle la sede è individuata, di volta in volta, in relazione alle esigenze organizzative dell'U.V.M.D.; le valutazioni ospedaliere continuano a essere svolte presso la sede dell'Ospedale regionale;
- 6) di istituire una graduatoria unica regionale per gli inserimenti in strutture protette residenziali e per gli inserimenti nelle strutture/nuclei residenziali per demenze (compreso Alzheimer), derivante dai punteggi attribuiti a seguito delle valutazioni effettuate in sede U.V.M.D., elaborata dalla Struttura competente dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali;
- 7) di attribuire alle segreterie dell'U.V.M.D. la gestione della graduatoria territoriale/distrettuale relativa agli inserimenti in strutture semi-residenziali e alberghiere e la gestione delle collocazioni;
- 8) di prevedere la gestione informatizzata dei processi relativi all'U.V.M.D. attraverso la piattaforma gestionale informatizzata e in particolare:
 - a. scheda di primo contatto sociale/sanitaria;
 - b. scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano (S.Va.M.A.);
 - c. riunioni U.V.M.D. e verbalizzazione;
 - d. ingressi e dimissioni degli utenti nelle strutture;
 - e. graduatorie per l'inserimento degli utenti nelle strutture;
 - f. elaborazione delle prestazioni da erogare per il servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.);

- g. gestione delle presenze;
 - h. gestione degli accessi degli operatori sanitari e socio-sanitari e delle relative prestazioni erogate;
 - i. calcolo delle rette per le strutture residenziali e semi-residenziali;
 - j. calcolo delle rette per il servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.);
- 9) di concordare con gli Enti gestori eventuali implementazioni e interfacce dei sistemi attualmente utilizzati con la nuova piattaforma gestionale, valutando le buone prassi già in uso, che, effettuate le opportune implementazioni, possono essere estese agli altri Enti interessati, in modo da rendere omogenee le modalità di lavoro e da consentire la condivisione di informazioni;
- 10) di riorganizzare le funzioni dell'U.V.M.D. prevedendo un'attivazione obbligatoria per alcune tipologie di servizi e interventi, di seguito elencati:
- inserimenti in strutture residenziali per anziani e inabili;
 - inserimenti in strutture semi-residenziali per anziani e inabili;
 - inserimenti nelle strutture/nuclei residenziali per demenze (compreso Alzheimer);
 - certificazione per la non autosufficienza per progetti di sostegno ai sensi della normativa regionale;
 - rinnovo dei progetti di alternativa all'istituzionalizzazione;
- e una presa d'atto con relativa registrazione dei seguenti servizi e interventi da parte dell'U.V.M.D., anche successivamente all'attivazione:
- assistenza domiciliare integrata (A.D.I. e A.D.I./C.P.);
 - inserimenti in R.S.A. e U.A.P.;
- 11) di estendere – previa valutazione congiunta dell'esito della sperimentazione effettuata presso il Comune di Aosta - l'utilizzo della piattaforma gestionale alle assistenti sociali coordinatrici dei servizi anziani per la determinazione dei servizi S.A.D. e della parte sociale dei servizi A.D.I. e A.D.I./C.P.;
- 12) di unificare, sulla medesima piattaforma gestionale informatizzata, la gestione dei flussi informativi relativi all'assistenza residenziale presso la Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.), la Unità di Assistenza Prolungata (U.A.P.), l'A.D.I. e l'A.D.I./C.P. successivamente all'attivazione mediante presa d'atto e registrazione dei progetti avviati da parte dell'U.V.M.D.;
- 13) di disporre l'adozione delle misure necessarie a rendere compatibile la piattaforma gestionale informatizzata con il flusso informativo derivante dall'ICF e dalla S.Va.M.Di relativo alle persone con disabilità e l'applicazione operativa e uniforme su tutto il territorio regionale delle modalità di lavoro;
- 14) di stabilire che le strutture dell'Assessorato sanità, salute e politiche sociali, degli Enti locali della Valle d'Aosta, dell'Azienda USL della Valle d'Aosta programmino la formazione e la riorganizzazione delle attività degli operatori coinvolti, per quanto possibile in maniera integrata, nel rispetto delle relative competenze,
- 15) di demandare a successivi atti dirigenziali l'approvazione degli strumenti di raccolta delle informazioni a livello regionale per la valutazione multidimensionale dell'anziano (S.Va.M.A.) e del disabile (S.Va.M.Di.), dello strumento di raccolta delle informazioni relative al primo contatto sociale/sanitaria, della tabella profili (con determinazione della tipologia di struttura di destinazione), dell'elenco delle prestazioni erogabili agli utenti del servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.);

- 16) di dare atto che la presente deliberazione non comporta oneri aggiuntivi sul bilancio della Regione, in quanto le spese necessarie per l'estensione della piattaforma gestionale a tutto il territorio valdostano e per la formazione degli operatori coinvolti sono già previste nell'ambito dell'impegno adottato con provvedimento dirigenziale n. 5165/2013, citato nelle premesse, e la riorganizzazione delle funzioni dell'U.V.M.D. è conseguenza diretta dell'adozione della nuova piattaforma gestionale.

UNITÀ DI VALUTAZIONE MULTI DIMENSIONALE (U.V.M.D.)

Principio

ispiratore: la centralità della persona e della sua famiglia è alla base delle azioni che la Regione Autonoma Valle d'Aosta, il Consiglio Permanente degli Enti Locali e l'Azienda USL della Valle d'Aosta programmano al fine di garantire una presa in carico integrata delle persone in stato di bisogno, con la consapevolezza dell'importanza di offrire opportunità agli utenti di cooperare nella definizione di soluzioni condivise.

Definizione: l'Unità di Valutazione Multi Dimensionale è l'organismo multidisciplinare e multiprofessionale, istituito per l'accesso al sistema dei servizi e degli interventi socio-sanitari;

Obiettivi: garantire, nell'ambito dell'offerta dei servizi socio-sanitari regionali, l'individuazione della risposta più equa, efficiente, efficace ed integrata ai bisogni dei cittadini che presentano problematiche socio-sanitarie.

1. Composizione

I componenti dell'U.V.M.D. svolgono la loro attività in orario istituzionale e sono nominati dai rispettivi Enti di appartenenza (Assessorato sanità, salute e politiche sociali, Azienda USL della Valle d'Aosta e Enti gestori dei servizi).

Sono componenti stabili dell'U.V.M.D.:

- un medico con funzioni di coordinamento, dipendente dell'Azienda USL, assegnato all'Area territoriale dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;
- le assistenti sociali Coordinatrici dei Servizi per anziani, dipendenti regionali operanti nei territori di riferimento, e le assistenti sociali del Comune di Aosta, per la città di Aosta;
- i coordinatori infermieristici operanti nei territori di riferimento dipendenti dell'Azienda USL della Valle d'Aosta;

L'attività delle segreterie dell'U.V.M.D. del territorio è garantita da personale amministrativo (livello C2) messo a disposizione dagli Enti gestori dei servizi che saranno finanziati dall'amministrazione regionale così come i relativi costi amministrativi con un ammontare forfettario stabilito da apposita deliberazione della Giunta regionale. Una delle segreterie svolge funzioni di supporto stabile al medico coordinatore in qualità di riferimento amministrativo, partecipando a tutte le valutazioni e alle collocazioni di tutti i distretti per garantire uniformità dei processi di valutazione e di gestione dei flussi informativi.

L'U.V.M.D. composta come sopra è integrata, per l'elaborazione delle graduatorie regionali e l'individuazione dei posti disponibili per gli inserimenti, da un referente dell'ufficio regionale competente in materia di servizi alle persone anziane.

L'U.V.M.D. può, a seconda delle situazioni da esaminare e su indicazione del coordinatore medico, essere integrata da una o più delle seguenti figure professionali:

per l'area minori: pediatra di libera scelta o medico di medicina generale del minore, neuropsichiatra infantile, psicologo, assistente sociale competente sul caso, educatore, terapeuta della riabilitazione, medico specialista della tipologia prevalente, il referente dei servizi per disabili e il referente del servizio di assistenza domiciliare;

per l'area adulti: medico di medicina generale dell'utente, medico specialista della patologia prevalente, psicologo, educatore, assistente sociale competente sul caso, terapeuta della riabilitazione, referente dei servizi per disabili referenti delle strutture socio-sanitarie-assistenziali, pubbliche o private convenzionate, il referente del servizio di assistenza domiciliare designati per ogni territorio di competenza;

per l'area anziani: geriatra, medico di medicina generale dell'utente, medico specialista della patologia prevalente, (neurologo o geriatra del Centro per i disturbi cognitivi e Demenze dell'Azienda USL in caso di demenza), psicologo, assistente sociale competente sul caso, terapeuta della riabilitazione, referenti delle strutture socio-sanitarie-assistenziali, pubbliche o private convenzionate, referente del servizio di assistenza domiciliare designati per ogni territorio di competenza.

2. Funzioni

Premesso che il dialogo e il confronto tra professionisti è indispensabile ed essenziale per la buona conduzione delle attività di valutazione, di presa in carico e di accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari che richiedono coordinamento interistituzionale e integrazione delle risorse, l'U.V.M.D. esplica le seguenti funzioni:

- valutazione multiprofessionale e multidimensionale 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;
- approvazione di programmi di massima o di progetti di vita delle persone disabili di cui all'art.8, l.r. 14/2008;
- certificazione delle situazioni di non autosufficienza nei casi previsti dalla normativa regionale;
- valutazione dei progetti in alternativa all'istituzionalizzazione;
- individuazione dell'operatore referente del progetto per la persona, per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni;
- individuazione delle risposte ai bisogni mediante la definizione dell'accesso al sistema integrato dei servizi che richiedono un coordinamento interistituzionale e una integrazione delle risorse;
- monitoraggio e verifica dei risultati dei progetti che necessitano di rivalutazione.

Per espletare tali funzioni si avvale di strumenti, anche in formato elettronico, che consentono modalità uniformi di valutazione su tutto il territorio regionale quali la Scheda di valutazione multidimensionale dell'anziano (S.Va.M.A.) e la Scheda di valutazione multidimensionale del disabile (S.Va.M.Di.);

L'U.V.M.D. suddividerà al proprio interno i compiti assegnati sulla base delle rispettive competenze professionali.

3. Destinatari degli interventi dell'U.V.M.D.

Le persone (minori, adulti, anziani) in stato di bisogno socio-sanitario e aventi titolo, secondo le disposizioni normative vigenti, all'accesso alla rete dei servizi.

Gli utenti non residenti potranno usufruire dell'A.D.I. previa autorizzazione dell'Azienda USL di residenza che se ne assumerà i relativi oneri fatturati dall'Azienda USL della Valle d'Aosta. Per le prestazioni socio-assistenziali si fa riferimento alle normative vigenti in materia.

3.1. Servizi e interventi per i quali è necessaria l'attivazione dell'U.V.M.D.:

- inserimenti in strutture residenziali per anziani e inabili;
- inserimenti in strutture semi-residenziali per anziani e inabili;
- inserimenti nelle strutture/nuclei residenziali per demenze (compreso Alzheimer);
- certificazione per la non autosufficienza per progetti di sostegno ai sensi della normativa regionale;
- rinnovo dei progetti di alternativa all'istituzionalizzazione.

3.2. Servizi e interventi per i quali è necessaria la presa d'atto e registrazione da parte dell'U.V.M.D.:

- assistenza domiciliare integrata (A.D.I. e A.D.I./C.P.);
- inserimenti in R.S.A. e U.A.P.

3.3. Criteri per l'accesso alle strutture per anziani e inabili

L'U.V.M.D. esamina le proposte di inserimento in strutture per anziani e inabili relative esclusivamente a persone di età pari o superiore a 65 anni.

In via del tutto eccezionale l'U.V.M.D. esamina proposte di inserimento relative a persone di età inferiore ai 65 anni con patologie che necessitano di assistenza erogabile presso le strutture per anziani e inabili. In tali casi un eventuale inserimento dovrà essere inizialmente limitato ad un periodo massimo di prova di 2 mesi con successiva rivalutazione, l'U.V.M.D. dovrà specificamente valutare se le condizioni psicofisiche, nonché le esigenze di assistenza del richiedente siano compatibili con le situazioni degli ospiti della struttura nella quale si prevede di inserire il richiedente.

4. Compiti del coordinatore

Il coordinatore dell'U.V.M.D. sovrintende e garantisce:

- idonea compilazione della documentazione prevista per la fase istruttoria;
- il monitoraggio e lo smistamento delle schede di primo contatto attraverso le segreterie;
- la convocazione, con il supporto delle segreterie, finalizzata alla partecipazione di tutti i professionisti necessari alla valutazione e alla stesura del progetto di massima;
- la programmazione dell'attività dell'U.V.M.D. con cadenza settimanale;
- il rispetto dei tempi previsti sia per la fase istruttoria sia per la valutazione e la stesura del progetto di massima;
- la trasmissione al cittadino dell'esito della valutazione, della sintesi del progetto di massima, del nominativo del referente del caso e di ogni altra informazione utile;
- la comunicazione dei servizi individuati nel progetto di massima, monitorando i tempi di attivazione e coordinando la fase di collocazione degli utenti con gli Enti gestori;
- la trasmissione della certificazione per la non autosufficienza ai servizi competenti;
- la raccolta dati informatizzata e gli adempimenti connessi ai debiti informativi;

Il coordinatore, supportato da una delle segreterie U.V.M.D., si rapporta con i responsabili degli Enti gestori pubblici e privati e i servizi competenti dell'Assessorato sanità salute e politiche sociali.

5. Definizione del flusso e Modalità di lavoro per l'accesso ai servizi

5.1. Presentazione della richiesta

- a. L'accesso a un qualsiasi servizio previsto dalla legge regionale 93/1982, prende avvio con la segnalazione di un bisogno espresso con la compilazione della "Scheda di primo contatto sociale/sanitaria". La compilazione può avvenire presso le sedi degli sportelli sociali, dei servizi socio-assistenziali, i presidi sanitari e il domicilio dell'utente;
- b. la richiesta può essere inoltrata dall'interessato, dal familiare, dagli operatori dei servizi, dal Centro per i disturbi cognitivi e Demenze (C.D.C.D.) dell'Azienda USL, da figure di riferimento, o nei casi di interdizione, dal tutore, i quali autorizzano l'Amministrazione al trattamento dei dati sensibili;
- c. la compilazione e l'invio della scheda di primo contatto deve essere fatta dall'operatore che riceve la richiesta attraverso la piattaforma informatica. Se la compilazione avviene in forma cartacea, per impossibilità ad accedere alla rete, per esempio presso il domicilio del richiedente, la stessa deve essere compilata e inviata, entro tre giorni lavorativi, in formato elettronico. L'originale del primo contatto firmato deve comunque essere inviato dal ricevente alle segreterie di competenza che procederanno all'archiviazione. Una copia della scheda sarà rilasciata, dall'operatore che la redige, all'interessato o comunque alla persona che presenta la domanda;
- d. la "scheda di primo contatto sociale/sanitaria" va inoltrata direttamente alla segreteria dell'U.V.M.D. che ha la competenza per residenza o domicilio a seconda della tipologia di servizio richiesto.

5.2. Avvio del procedimento:

- a. le schede di primo contatto sociale/sanitario sono protocollate dalle segreterie dell'U.V.M.D.. La data del protocollo determina l'avvio del procedimento;
- b. le segreterie U.V.M.D. provvedono a richiedere, alle singole professionalità di riferimento del caso, la compilazione della parte di scheda S.Va.M.A di competenza, attraverso la piattaforma informatica;
- c. in caso non sia prevista una valutazione multi-professionale, le varie figure professionali provvedono all'attuazione degli interventi. Le semplici richieste di servizi (pasto caldo, igiene personale, ecc..) sono prese in carico dall'assistente sociale referente del caso, le semplici richieste sanitarie (medicazioni, ciclo di iniezioni, cicli di fisioterapia ecc..) sono prese in carico dai coordinatori sanitari di riferimento.

5.3. Predisposizione riunioni U.V.M.D.:

- a. contestualmente alla richiesta di compilazione della S.Va.M.A. è individuata la data di convocazione dell'U.V.M.D. e l'elenco delle persone da riunire;
- b. ciascuna figura professionale compila la parte di competenza della scheda S.Va.M.A in tempo utile per consentire la valutazione nella prima seduta dell'U.V.M.D. (al massimo sette giorni lavorativi);
- c. tutte le valutazioni complete vanno esaminate nella prima riunione dell'U.V.M.D. e in quella sede è compilato il verbale della scheda S.Va.M.A che contiene la valutazione degli operatori.

5.4. Riunione U.V.M.D. e Verbalizzazione:

- a. fatte salve le situazioni particolari individuate dal coordinatore, l'U.V.M.D. deve essere convocata almeno una volta a settimana (ogni sette giorni);
- b. le sedute dell'U.V.M.D. sono ritenute valide se sono presenti il medico coordinatore, il coordinatore infermieristico e l'assistente sociale coordinatrice dei servizi per anziani;
- c. le eventuali sostituzioni sono garantite dalle rispettive professionalità degli altri distretti;

- d. per gli operatori e le professionalità coinvolte, la partecipazione all'U.V.M.D. rientra nelle ordinarie competenze dell'attività lavorativa;
- e. ogni incontro deve essere verbalizzato, anche attraverso la piattaforma informatica, dalla segretaria, secondo uno schema approvato dalla struttura regionale competente nell'ambito della documentazione necessaria alla raccolta dei dati relativi ai servizi coinvolti;
- f. nel verbale devono essere evidenziate in modo sintetico le problematiche socio-sanitarie dell'utente e definito un primo progetto assistenziale;
- g. nel verbale deve essere altresì indicata la figura professionale che diventerà il referente del caso. Il "referente del caso" è colui che facilita il passaggio delle informazioni con la famiglia, con gli altri operatori coinvolti e che ha il compito di monitorare lo stato di realizzazione del progetto assistenziale richiedendone la verifica qualora la situazione lo renda necessario;
- h. il verbale deve indicare le motivazioni che possono portare al rifiuto di un determinato inserimento o all'erogazione di un servizio;
- i. il verbale è sottoscritto da tutti i partecipanti;
- j. le sedute dell'U.V.M.D. non sono aperte al pubblico, in quanto durante gli incontri vengono esaminate e discusse situazioni e analizzati documenti che trattano dati sensibili soggetti alle disposizioni previste dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196.

5.5. Esito dell'U.V.M.D.

- a. L'esito della valutazione, formalizzato sul verbale dell'U.V.M.D., gestito attraverso la piattaforma informatica, può determinare:
 - non attivazione,
 - re-invio al servizio sociale o infermieristico territoriale per casi non complessi,
 - attivazione e/o presa d'atto e registrazione A.D.I./A.D.I. C.P. sociale/sanitario,
 - inserimento in struttura (residenziale, semi-residenziale),
 - presa d'atto e registrazione inserimenti in RSA e UAP,
 - inserimento nucleo Alzheimer,
 - rilascio certificazione di non autosufficienza (finalizzato all'erogazione di servizi/assistenza economica);
- b. in caso di inserimento in struttura residenziale o semi-residenziale la valutazione dell'U.V.M.D. porta alla definizione di un punteggio determinato dalla S.Va.M.A. e di un profilo corrispondente alla tipologia di struttura. Il punteggio e il profilo determinano l'inserimento in graduatorie di tipo regionale o territoriale/distrettuale.

5.6. Graduatorie

Dopo la valutazione e la definizione del profilo di autonomia in sede di U.V.M.D. viene attribuito un punteggio derivante dalla compilazione della scheda "Criteri e priorità per accoglienza in residenza" inserita nella scheda S.Va.M.A.:

- a. il profilo di autonomia attribuito all'utente in fase di valutazione U.V.M.D., indirizza a diversi tipi di struttura che possono essere:
 - protette
 - alberghiere
 - familiari
 - per demenze
 - semi-residenziali
- b. ogni tipologia di struttura ha una propria graduatoria: le graduatorie possono essere elaborate a livello Regionale o territoriale/distrettuale;
- c. la posizione nelle singole graduatorie è determinata dal punteggio in ordine decrescente (l'utente con il punteggio più alto occupa la posizione più alta in graduatoria);

- d. nel caso di presenza in graduatoria di più utenti con uguale punteggio è necessario valutarli in base ai seguenti criteri di priorità:
 - gli utenti ospedalizzati, dichiarati dimissibili;
 - la carenza o precarietà di risorse familiari e finanziarie;
 - la data della richiesta della scheda di primo contatto;
- e. in presenza di patologia di disturbo cognitivo o demenza (compreso l'Alzheimer) con disturbi del comportamento attestata con relazione prodotta da uno dei seguenti soggetti:
 - U.V.A. (Unità Valutativa Alzheimer);
 - C.D.C.D. (centro per i disturbi cognitivi e demenze);
 - geriatra e/o neurologo di riferimento;
 gli utenti sono inseriti nella specifica graduatoria per demenze;
- f. in presenza di patologie oncologiche vengono attribuiti ulteriori 20 punti;
- g. in caso di totale assenza di risorse famigliari e di rete sociale vengono attribuiti ulteriori 20 punti;
- h. cancellazione dalla graduatoria in caso di:
 - decesso
 - emigrazione
 - decadenza della posizione (vedi punto 5.7)
 - variazione del progetto.

5.6.1. Graduatorie elaborate a livello regionale

- a. Le graduatorie elaborate a livello regionale dall'ufficio competente, derivanti dai profili e dai relativi punteggi attribuiti in sede U.V.M.D., sono così suddivise:
 - graduatoria strutture di tipo Protette
 - graduatoria strutture/nuclei per demenze

5.6.2. Graduatorie elaborate a livello territoriale/distrettuale

- a. Le graduatorie elaborate a livello territoriale/distrettuale, , derivanti dai profili e dai relativi punteggi attribuiti in sede U.V.M.D., sono così suddivise:
 - graduatoria per strutture di tipo alberghiero
 - graduatoria strutture di tipo Familiare;
 - graduatoria per il regime semi-residenziale;
- b. tali graduatorie sono elaborate in maniera indipendente dalle segreterie che provvedono alle relative collocazioni a livello territoriale/distrettuale;

5.7. Permanenza in graduatoria e validità delle istruttorie

- a. La valutazione dell'utente è valida per un anno ai fini della permanenza in graduatoria, trascorso il quale occorre rivalutare le condizioni dell'utente che possono modificarsi in maniera significativa. L'anno decorre dalla data di valutazione da parte dell'U.V.M.D. competente per territorio. Trascorso tale periodo la posizione dell'utente in graduatoria decade;
- b. la gestione delle comunicazioni relative ai nominativi in scadenza nelle graduatorie è curata dalle segreterie dell'U.V.M.D. che provvedono a segnalare le variazioni agli interessati, al coordinatore dell'U.V.M.D. e all'ufficio regionale competente per la graduatoria regionale;
- c. qualora durante l'anno di permanenza in graduatoria si verifichi un cambiamento nella situazione dell'utente segnalato dallo stesso, dal familiare di riferimento o dal tutore, tale da modificare il suo profilo di autonomia, il referente del caso dispone una rivalutazione del progetto compilando una nuova "Scheda di primo contatto sociale/sanitaria".

5.8. Registrazione della corrispondenza

- a. Per quanto riguarda le modalità di registrazione della corrispondenza in arrivo o in partenza, relativa all'attività di propria competenza collegata ai singoli casi e alle proposte di intervento, l'U.V.M.D. deve utilizzare un numero di riferimento interno annotato su di un apposito registro tenuto dalle segretarie dell'U.V.M.D. medesime (con validità esterna).
- b. Per quanto riguarda la corrispondenza concernente problematiche o valutazioni di carattere generale, la stessa dovrà essere presa in carico direttamente dal coordinatore dell'U.V.M.D.;

6. Inserimenti in strutture residenziali o semi residenziali

6.1. Determinazione delle graduatorie e collocazione

- a. Al termine degli incontri dell'U.V.M.D. previsti per la settimana, individuati gli inserimenti residenziali o semi-residenziali, si procede alla determinazione delle graduatorie per tipologia di struttura;
- b. i referenti degli enti gestori segnalano le dimissioni avvenute e individuano i posti disponibili nelle strutture, attraverso la piattaforma informatica, indicando la disponibilità del posto in base al sesso "maschio o femmina", o "misto" se entrambe le opzioni sono percorribili;
- c. la copertura dei posti liberi è determinata dando la priorità alle persone che possiedono i punteggi più alti all'interno delle singole graduatorie;
- d. le graduatorie regionali sono elaborate dalla competente struttura regionale, la quale provvede a:
 - raccogliere le disponibilità di posti nelle strutture,
 - raccogliere tutte le informazioni qualitativamente rilevanti non mappate dal sistema,
 - ammettere gli utenti alla successiva fase di collocazione seguita dal coordinatore medico, aggiornando la graduatoria;
- e. il referente dell'ufficio regionale competente in materia di servizi alle persone anziane, preso atto delle decisioni adottate dall'U.V.M.D. a seguito della valutazione dei casi, procede all'assegnazione dei posti disponibili nel rispetto dell'ordine di graduatoria;
- f. in fase di collocazione, relativamente alle graduatorie regionali, sono presenti il coordinatore medico, il referente regionale e il referente amministrativo;
- g. le graduatorie relative alle strutture alberghiere o semi-residenziali sono gestite direttamente dall'U.V.M.D svolta presso la singola segreteria territoriale;
- h. immediatamente dopo l'elaborazione delle graduatorie, il coordinatore medico concorda i tempi e le modalità di presa in carico dell'utente sentiti i rappresentanti degli enti gestori e delle case di riposo convenzionate, condividendo l'assegnazione dei posti, in relazione alla disponibilità e ai carichi assistenziali delle strutture. L'ente gestore pubblico o privato esprime il proprio parere vincolante in merito all'adeguatezza delle strutture e/o al carico assistenziale. Il coordinatore medico o un componente dell'U.V.M.D informano l'assistente sociale di riferimento in merito alla collocazione, la quale contatta l'interessato, il familiare, la figura di riferimento, o, nei casi di interdizione, il tutore;
- i. per l'inserimento e la scelta della struttura adeguata si tiene conto delle caratteristiche strutturali, della copertura infermieristica ed eventualmente della copertura fisioterapica;
- j. l'ente gestisce la collocazione attraverso la piattaforma informatica riservando il posto e togliendolo dalla disponibilità.

6.2. Utente ospedalizzato

- a. In caso di utente ospedalizzato, l'U.V.M.D è integrata da personale sanitario e sociale ritenuto indispensabile dal coordinatore dell'U.V.M.D. per la valutazione del progetto;
- b. nel momento in cui la struttura ospedaliera ritiene un paziente dimissibile ma con la necessità, dopo la dimissione, di assistenza medica, infermieristica, riabilitativa, sociale e/o tutelare, segnala la situazione al Servizio Sociale Ospedaliero, che provvede a raccordarsi con le segreterie dell'U.V.M.D. attraverso la compilazione del primo contatto e la S.Va.M.A. sociale. La S.Va.M.A. sociale viene compilata solo nel caso in cui l'utente non sia ancora conosciuto dal territorio o preveda un inserimento in struttura o il riconoscimento della non autosufficienza. In questo caso la convocazione dell'U.V.M.D. sarà presso il presidio ospedaliero.
- c. le istanze di richiesta di inserimento provenienti da utenti in dimissione dall'ospedale hanno la priorità in caso di presenza in graduatoria di utenti aventi uguale punteggio come descritto al punto 5.6.b

6.3. Inserimenti urgenti

- a. E' possibile utilizzare la procedura dell'urgenza quando:
 - l'utente è senza figli e senza coniuge,
 - l'utente non ha nessun parente prossimo che si occupi di lui,
 - l'utente è senza fissa dimora/sfrattato/o ha una abitazione fatiscente,
 - l'utente affetto da patologia Alzheimer, per i quali, i soggetti indicati al punto 5.6.e. ne valutino la necessità;
- b. le istanze di urgenza, rilevate in ambito territoriale sia da operatori socio-sanitari sia da rappresentanti degli Enti locali sono comunicate e condivise con il coordinatore U.V.M.D., il quale attiva una collocazione temporanea, sia residenziale che semiresidenziale, per un periodo massimo di 15 giorni durante il quale si procederà alla raccolta dati e alla valutazione dei reali bisogni dell'utente;

6.4. Assegnazione posti alberghieri in strutture residenziali fuori segreteria di appartenenza (ambito territoriale di competenza di segreteria dell'U.V.M.D.)

- a. In caso di assenza di posti alberghieri liberi nelle strutture residenziali di competenza, gli stessi sono trasmessi alle varie segreterie che, avendo il controllo della situazione dei posti liberi nelle strutture sia convenzionate che pubbliche, provvedono all'inserimento fuori dal territorio di riferimento; fermo restando che gli inserimenti devono essere effettuati prioritariamente in strutture con posti a carattere Alberghiero ubicate nel territorio di appartenenza degli utenti, al fine di mantenerne i legami personali;
- b. una volta individuata la destinazione, il coordinatore medico concorda i tempi e le modalità di presa in carico dell'utente sentiti i rappresentanti degli enti gestori e delle case di riposo convenzionate, condividendo l'assegnazione dei posti, in relazione alla disponibilità e ai carichi assistenziali delle strutture. Successivamente si contatteranno l'interessato, il familiare, la figura di riferimento, o, nei casi di interdizione, il tutore;
- c. la documentazione è inviata alla segreteria di destinazione dove è presente la struttura con i posti disponibili;
- d. gli operatori referenti per il territorio di destinazione curano i rapporti con gli utenti, prendendo in carico il caso per seguirlo nelle successive valutazioni sanitarie e sociali.
- e. in caso di inserimenti temporanei i referenti del territorio di origine tengono i rapporti con gli utenti;

6.5. Trasferimenti in altre strutture

E possibile disporre il trasferimento dell'utente nel caso in cui la struttura in cui è ospitato o il progetto assistenziale non rispondano adeguatamente ai suoi bisogni.

Tra le motivazioni ammesse per le richieste di trasferimento in altre strutture sono previste:

- a. ricongiungimento dell'utente con il nucleo familiare o con un altro familiare presente nelle strutture di destinazione;
- b. presenza di familiari anziani o con problemi per gli spostamenti;
- c. riavvicinamento dell'utente al proprio comune di residenza e/o quello dei familiari.

6.6. Attivazione dei servizi residenziali e semi-residenziali (microcomunità, centri diurni e comunità alloggio).

- a. La segreteria dell'U.V.M.D. provvede a comunicare, con mezzi idonei, all'interessato, al familiare, al richiedente o nei casi di interdizione al tutore, il servizio o la collocazione proposta fornendo anche il nome del "referente del caso" da contattare;
- b. l'interessato, il familiare di riferimento o, nei casi di interdizione, il tutore, ha tre giorni per accettare o rifiutare il servizio proposto contattando anche telefonicamente l'assistente sociale di riferimento. In caso di rifiuto dovrà essere comunicato il motivo dello stesso trasmettendolo in forma scritta alla segreteria U.V.M.D.;
- c. contestualmente all'accettazione della collocazione proposta, da parte dell'interessato, del familiare di riferimento o nei casi di interdizione del tutore, la scheda S.Va.M.A. e il primo progetto assistenziale sono inviati, da parte della segreteria dell'U.V.M.D., alla struttura individuata;
- d. spetta all'utente o in subordine ai familiari o alla persona di riferimento o al tutore formalizzare la richiesta di erogazione del servizio presso l'Ente gestore e provvedere alla consegna della documentazione attestante la situazione economica richiesta per la partecipazione al costo del servizio;
- e. la richiesta di inserimento e la sottoscrizione dell'impegno di collaborazione, devono essere firmati prima dell'inserimento, fatti salvi specifici casi segnalati dal servizio sociale professionale;
- f. l'Ente deve inoltre verificare se è stata acquisita l'autorizzazione al trattamento dei dati sensibili.

6.7. Inserimenti temporanei

- a. Per gli utenti per i quali è previsto un inserimento temporaneo di sollievo senza rivalutazione, l'Ente è tenuto a dimettere gli stessi entro i termini stabiliti;
- b. se durante l'inserimento, vengono evidenziati elementi tali da richiedere una modifica del progetto, il referente della struttura richiede al "referente del caso", una rivalutazione in sede di U.V.M.D., compilando una nuova "Scheda di primo contatto sociale /sanitaria".

6.8. Rinuncia agli inserimenti

- a. E' possibile rifiutare una proposta di inserimento solo temporaneo e rimanere in graduatoria senza penalizzazione, purché l'utente o i suoi familiari decidano di proseguire la permanenza a domicilio;
- b. è possibile rifiutare una proposta di inserimento rimanendo in graduatoria senza penalizzazione se l'utente, a seguito di complicanze, non risulta dimissibile da una struttura sanitaria;
- c. la rinuncia ad una proposta di inserimento presso strutture residenziali, a seguito della valutazione in sede U.V.M.D., comporta una penalizzazione di 10 punti;
- d. la rinuncia ad una proposta di inserimento presso strutture residenziali e semi-residenziali da parte di un utente o dei suoi familiari a seguito di una dimissione da

una struttura sanitaria, comporta la segnalazione agli organi giudiziari competenti (es. giudice tutelare).

6.9. Valutazioni o rivalutazioni utenti inseriti in struttura.

- a. Per le persone già inserite in struttura per le quali si renda necessaria una rivalutazione, deve essere compilata o aggiornata la scheda S.Va.M.A per le parti “Valutazione sanitaria”, “Valutazione sociale” e “Valutazione cognitiva e funzionale”;
- b. la rivalutazione può essere richiesta dagli enti gestori, dal “referente del caso” o dal personale sanitario che opera in struttura.

7. Assistenza domiciliare.

- a. Come previsto al punto 5.5.a l’U.V.M.D. può re-inviare la richiesta dell’utente al servizio sociale territoriale. L’assistente sociale referente del caso può effettuare una nuova visita domiciliare con le modalità più idonee in relazione alla complessità del caso;
- b. l’assistente sociale coordinatrice dei servizi per anziani, entro cinque giorni lavorativi, fatta la valutazione e compilate la scheda di sintesi, la scheda di parere tecnico e il programma assistenziale di massima, anche attraverso la piattaforma informatica, verifica con gli Enti la fattibilità dell’attivazione dei servizi;
- c. l’assistente sociale coordinatrice dei servizi per anziani, individua le prestazioni da erogare, comunicandole direttamente agli enti gestori;
- d. l’assistente sociale coordinatrice dei servizi per anziani, in accordo con la segretaria dell’U.V.M.D., dispone l’invio della documentazione all’ente per l’attivazione del servizio anche mediante piattaforma informatica;
- e. gli enti gestori attivano il servizio nei tempi concordati con le assistenti sociali a partire dal ricevimento della documentazione per i casi segnalati come urgenti;
- f. spetta all’utente o in subordine ai familiari o alla persona di riferimento, o, nei casi di interdizione, al tutore, formalizzare la richiesta di erogazione del servizio presso l’Ente gestore e provvedere alla consegna della documentazione attestante la situazione economica richiesta per la partecipazione al costo del servizio.
- g. l’Ente deve inoltre verificare se è stata acquisita l’autorizzazione al trattamento dei dati sensibili;
- h. gli enti gestori, al fine di fornire un servizio di qualità e accoglienza sotto il profilo del welfare, possono erogare il servizio a persone non residenti nel territorio regionale. In questo caso, il costo delle prestazioni dovrà essere posto interamente a carico dell’utente destinatario dell’intervento, senza oneri per la finanza pubblica. Nel caso sia previsto, dall’Ente gestore, un tetto massimo di ore erogabili per il servizio, le ore destinate a utenti non residenti non saranno computate nel tetto massimo. In nessun caso gli utenti residenti dovranno essere penalizzati da servizi erogati a persone non residenti in Valle d’Aosta.

7.1. Predisposizione verifica piani assistenziali individualizzati (P.A.I.)

- a. Per ogni utente sarà predisposto dall’assistente sociale coordinatrice dei servizi per anziani e dall’OSS (Operatore Socio Sanitario) di riferimento, competente sul caso, un Piano assistenziale individualizzato, che potrà essere gestito attraverso la piattaforma informatica;
- b. saranno predisposte riunioni tra il personale di assistenza e l’assistente sociale coordinatrice dei servizi per verificare l’andamento dei servizi e monitorare i P.A.I..

8. Assistenza domiciliare integrata (A.D.I.) e A.D.I. cure palliative

- a. Il coordinatore medico dell'U.V.M.D. e le segreterie competenti per territorio si raccordano con il medico di medicina generale, con le assistenti sociali coordinatrici dei servizi per anziani e con le coordinatrici infermieristiche per l'avvio del servizio, i quali inoltrano, ciascuno per la parte di competenza, la scheda S.Va.M.A. che determina l'autorizzazione all'attivazione dell'assistenza domiciliare integrata;
- b. nel caso in cui sia necessario attivare gli interventi in tempi brevi, si può procedere con l'attivazione del servizio e successivamente con la presa d'atto e registrazione del progetto alla prima seduta dell'U.V.M.D.;
- c. l'assistente sociale coordinatrice dei servizi per anziani, provvede, per quanto di sua competenza, a percorrere le medesime fasi già illustrate per il S.A.D. (servizio di assistenza domiciliare);
- d. la coordinatrice infermieristica attiva i servizi per quanto di sua competenza;
- e. le altre figure sanitarie attivano quanto di loro competenza.

8.1. Predisposizione verifica piani assistenziali individualizzati

- a. Per ogni utente in A.D.I. socio-sanitario è predisposto un Piano Assistenziale Individualizzato (P.A.I.), redatto dall'assistente sociale coordinatrice dei servizi per anziani, dal coordinatore infermieristico, dal medico competente e dall'O.S.S. (Operatore Socio Sanitario) di riferimento, competente sul caso;
- b. sono predisposte riunioni, con cadenza che è definita alla fine di ogni incontro o al presentarsi di modifiche rilevanti al progetto, tra il personale di assistenza, l'assistente sociale coordinatrice dei servizi per anziani, il coordinatore infermieristico, il medico competente per verificare l'andamento dei servizi e monitorare i P.A.I.;
- c. alla compilazione del primo P.A.I. è individuato il Case-Manager.

9. Residenza sanitaria assistenziale (R.S.A.) e Unità di assistenza prolungata (U.A.P.)

- a. I reparti o i referenti del territorio che curano l'invio presso l'R.S.A. e l'U.A.P. compilano la scheda S.Va.M.A. per la parte di competenza del medico, dell'infermiere e dell'assistente sociale ospedaliera con le informazioni utili, anche successivamente all'inserimento in R.S.A. e U.A.P.;
- b. successivamente, alla prima seduta, l'U.V.M.D. prende atto e registra l'inserimento.

10. Servizio di telesoccorso

La richiesta del servizio di telesoccorso viene presentata direttamente all'Ente gestore che procede all'attivazione del servizio.

11. Soggiorni marini

La richiesta di partecipazione ai soggiorni marini viene presentata direttamente all'Ente gestore che procede all'attivazione del servizio.

Nei casi di presenza di utenti che richiedono una assistenza individualizzata la coordinatrice assistente sociale dei servizi per anziani invierà, su richiesta dell'Ente gestore, una relazione sul caso con particolare attenzione ai bisogni assistenziali.

12. Fase operativa post-valutazione

12.1. Utente in attesa di inserimento a seguito della valutazione in sede U.V.M.D./Territoriale

Accoglienza in struttura dell'utente proveniente dal territorio.

| Descrizione fase operativa | Tempistica | Risorse umane coinvolte | Aspetti organizzativi /Moduli e strumenti |
|---|--|--|--|
| Presentazione della situazione dell'utente alla struttura | Entro 7 gg lavorativi dalla data di collocazione da parte dell'U.V.M.D. | Referente del caso Referente struttura Assistente sociale coordinatrice dei servizi per anziani di riferimento del territorio Infermiera | Esame della documentazione inviata e presentazione del caso alle O.S.S. della struttura. Individuazione dell'O.S.S. di riferimento. |
| Predisposizione dell'inserimento | Entro una settimana dalla collocazione da parte dell'U.V.M.D. | Referente amministrativo dell'Ente Interessato Familiari | Formalizzare la richiesta di erogazione del servizio. Sottoscrizione dell'impegno di collaborazione. Consegna documentazione (ISEE, altre rendite, pensioni o indennità) per il calcolo della partecipazione al costo del servizio. Sottoscrizione dell'impegno al pagamento secondo le modalità dell'Ente gestore in attesa dell'ISEE. |
| Inserimento | Concordata in sede di riunione di presentazione | Utente e i suoi familiari O.S.S. di riferimento. Referente della struttura | Compilazione della cartella utente. |
| Periodo di osservazione | 30 giorni | O.S.S. di riferimento Referente della struttura Infermiere Altri operatori | |
| Convocazione dell'incontro per la definizione del progetto. | Entro 30 giorni dalla data di inserimento | Referente struttura Assistente sociale coordinatrice dei servizi per anziani (opzionale) Infermiera Altri operatori | Tutte le figure coinvolte per la propria parte di competenza. |
| Stesura del progetto di assistenza individualizzato | Entro 30 giorni dalla data di inserimento | Tutte le figure coinvolte | |
| Verifica del progetto | almeno una volta all'anno comunque ad ogni modifica della situazione dell'utente | Tutte le figure coinvolte famiglia compresa | Revisione e aggiornamento del progetto (PAI) Condivisione dell'andamento del progetto con la famiglia. |

12.2. Utente in attesa di inserimento a seguito della valutazione in sede U.V.M.D. /ospedaliera.

Accoglienza in struttura dell'utente proveniente dall'ospedale.

| Descrizione fase operativa | Risorse umane coinvolte | Aspetti organizzativi /Moduli e strumenti |
|--|---|--|
| 1) comunicazione della collocazione proposta all'utente (e/o ai familiari) | <p>- Segreteria U.V.M.D.</p> <p>- Assistente sociale territoriale (referente del progetto)</p> <p>- Assistente sociale ospedaliero</p> <p>- Coordinatore infermieristico territoriale (se presenti problematiche sanitarie rilevanti)</p> | <p>-La segreteria U.V.M.D.:</p> <p>1) comunica il posto assegnato all'assistente sociale territoriale (referente del progetto)</p> <p>2) comunica il posto assegnato all'assistente sociale ospedaliero.</p> <p>- L'assistente sociale territoriale:</p> <p>1) prende accordi con la struttura / ente gestore circa una possibile data e orario per l'incontro di presentazione del caso (da svolgere di norma entro 3 gg lavorativi dall'assegnazione del posto).</p> <p>2) comunica la possibilità del posto al familiare di riferimento (di norma chi ha effettuato la richiesta), comunicando contestualmente l'ipotesi per la presentazione della situazione presso la struttura e la firma del contratto d'ingresso</p> <p>- L'assistente sociale ospedaliero:</p> <p>1) si mette in contatto con l'assistente sociale territoriale per conoscere data e orario di possibile presentazione concordata con il parente</p> <p>2) comunica al reparto ospedaliero (riferimento: coordinatore infermieristico) e al paziente (qualora non fosse già stato avvisato dai parenti) la struttura individuata e la data prevista per la presentazione.</p> |
| 2) presentazione del caso e organizzazione dimissioni | <p>- Assistente sociale territoriale (referente del progetto)</p> <p>-Personale del reparto ospedaliero (riferimento: coordinatore infermieristico / infermiere primary nursing)</p> <p>-Assistente sociale ospedaliero</p> | <p>-L'assistente sociale territoriale:</p> <p>1) effettua la presentazione della situazione presso la struttura, di norma in presenza del parente di riferimento che sottoscrive il contratto con l'ente gestore. L'ingresso in struttura dovrà avvenire di norma entro 24 ore dopo la presentazione.</p> <p>-Il personale del reparto ospedaliero (riferimento: coordinatore infermieristico / infermiere primary nursing):</p> <p>1) organizza le dimissioni assicurandosi che entro il giorno della dimissione siano predisposti :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la lettera di dimissione infermieristica, fiche medicazioni, piani terapeutici secondo le necessità del paziente (es: fornitura bombole ossigeno, richiesta aspiratore, eventuale fornitura di farmaci per i primi giorni post-dimissioni, ecc...) - il trasporto, se necessario, tramite ambulanza - la prescrizione di eventuali ausili necessari per la gestione del paziente in struttura (comunicando al medico di reparto la necessità di effettuare una valutazione fisiatrica urgente per valutazione ausili, nel caso non fosse già stata effettuata in precedenza) <p>2) il giorno della presentazione, contatta telefonicamente la struttura per avere conferma della data di dimissione (di norma da prevedere nel giorno successivo) e per fornire al personale della struttura eventuali ulteriori indicazioni operative circa la gestione del paziente.</p> <p>- l'assistente sociale ospedaliero verifica con gli operatori di reparto e con l'assistente sociale territoriale l'organizzazione delle dimissioni e</p> |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| | | collabora con gli stessi in caso di bisogno per prevenire e/o affrontare eventuali imprevisti che possano impedire o posticipare la dimissione. |
| 3) In caso di rifiuto | - Assistente sociale territoriale (referente del progetto) - Assistente sociale ospedaliero | 1) Rifiuto da parte del familiare: -L'assistente sociale territoriale raccoglie il rifiuto scritto da parte del parente di riferimento, (entro 3 giorni) e lo invia alla segreteria U.V.M.D. 2) Da parte dell'utente ricoverato: - L'assistente sociale ospedaliero raccoglie il rifiuto scritto da parte dell'utente ricoverato (entro 3 giorni) e lo invia alla segreteria U.V.M.D. |

12.3. Assistenza domiciliare integrata

| Descrizione fase operativa | Risorse umane coinvolte | Aspetti organizzativi /Moduli e strumenti |
|---|--|---|
| Valutazione in sede U.V.M.D. | Operatori coinvolti in U.V.M.D. | Autorizzazione all'avvio del servizio |
| Attivazione del servizio | Assistente sociale coordinatrice dei servizi per anziani di riferimento del territorio Coordinatore Infermieristico | Primo progetto assistenziale e definizione del Case manager |
| Visita a casa dell'utente e definizione del P.A.I. | Figure sociali e sanitarie Case manager | Si compila la cartella utente che viene lasciata al domicilio della persona, e si definisce il P.A.I. |
| Presentazione del P.A.I. all'utente e famiglia | Case manager + altre figure utili a seconda del caso | Colloquio con utente e/o famiglia. Sottoscrizione dell'impegno di collaborazione. |
| Esecuzione del servizio: gestione dei servizi nella quotidianità, confronto tra operatori | Tutti gli operatori previsti | Rendicontazione ore Raccolta dati servizio Gestione cartelle Passaggio consegne |
| Verifiche P.A.I. | Tutti gli operatori che hanno compilato il P.A.I. | Valutazione del raggiungimento degli obiettivi Raccolta dati |