REGIONE PIEMONTE

GIUNTA REGIONALE

Verbale n. 128 Adunanza 16 maggio 2016

L'anno duemilasedici il giorno 16 del mese di maggio alle ore 10:05 in Torino presso la Sede della Regione, Piazza Castello n.165, nella apposita sala delle adunanze di Giunta, si è riunita la Giunta Regionale con l'intervento di Sergio CHIAMPARINO Presidente, Aldo RESCHIGNA Vicepresidente e degli Assessori Francesco BALOCCO, Monica CERUTTI, Augusto FERRARI, Giorgio FERRERO, Antonella PARIGI, Antonino SAITTA, Alberto VALMAGGIA, ~~Giuseppina DE SANTIS, Giovanni Maria FERRARIS, Giovanna PENTENERO,~~ con l'assistenza di Guido ODICINO nelle funzioni di Segretario Verbalizzante.

Sono assenti gli Assessori: DE SANTIS, FERRARIS, PENTENERO

(Omissis)

D.G.R. n. 34 - 3309

OGGETTO:

Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unita' di Valutazione Geriatrica.

A relazione degli Assessori FERRARI, SAITTA:

Con la D.G.R. n. 18-1326 del 20 aprile 2015 *"Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015"* la Regione ha impostato un percorso che prevede, da un lato, un potenziamento dei servizi per la residenzialità attraverso un incremento di risorse pari a 15 milioni di euro e una maggiore flessibilità della rete di offerta dando alle persone anziane non autosufficienti e alle loro famiglie, a parità di condizione di bisogno, la libertà di scelta del luogo e della forma di assistenza e, da un altro lato, una revisione coerente della rete di offerta tradizionale dei servizi di RSA, con un'articolazione del sistema di classificazione di fasce assistenziali e di remunerazione che risponda ai nuovi bisogni e al percorso delineato.

Al fine di flessibilizzare l'offerta, si è quindi introdotto il concetto "*che una persona ritenuta dalla U.V.G. idonea per la RSA può decidere liberamente se usufruire della RSA o se avvalersi di pacchetti di prestazioni da erogare al domicilio demandando ad un successivo provvedimento attuativo della Giunta di definire i seguenti aspetti:*

- *adeguamento del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno;*
- *contenuti del Progetto Individuale;*
- *prestazioni erogabili al domicilio;*
- *soggetti accreditabili e procedure di accreditamento per l'erogazione delle prestazioni;*
- *modalità di remunerazione e rendicontazione delle prestazioni;*

- *modalità di effettuazione dei controlli".*

Con il presente provvedimento si dà attuazione, secondo quanto disposto dalla D.G.R. 18/2015, all'ampliamento della gamma di risposte alla condizione di non autosufficienza e alla valorizzazione del concetto di flessibilità e di integrazione degli interventi, prevedendo una gamma di interventi sanitari domiciliari nell'ambito di un progetto residenziale, qui definito Progetto di Residenza Sanitaria Assistenziale Aperta (di seguito RSA Aperta).

Il Progetto RSA Aperta ha carattere sperimentale, dalla approvazione del presente provvedimento al 31 dicembre 2018. Il Settore Assistenza Sanitaria e socio sanitaria territoriale della Direzione Sanità provvederà al costante monitoraggio dell'andamento del Progetto sulla base di indicatori oggettivi, al fine di permettere alla Giunta Regionale di procedere, entro il 31 dicembre 2018 alla conferma, alla modifica o alla revoca della tipologia prestazionale.

Il presente provvedimento rientra in un più ampio percorso di riforma delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza, teso ad armonizzare le prestazioni offerte con l'attuazione della Legge regionale 18 febbraio 2010, n. 10, da realizzare attraverso il confronto con l'ANCI Piemonte e il Coordinamento Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali della regione Piemonte, le rappresentanze sindacali e le associazioni del terzo settore.

I destinatari del Progetto RSA Aperta sono anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, riconosciuti in sede di valutazione dell'U.V.G. eligibili ad un Progetto Residenziale, che presentano condizioni sanitarie e socio-sanitarie tali da poter procrastinare, almeno temporaneamente, l'istituzionalizzazione in RSA con un intervento sanitario al loro domicilio.

Le prestazioni erogate con il progetto RSA Aperta, descritte nell'Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, sono assimilabili a quelle erogate nelle RSA ai sensi della D.G.R. n. 45-4248/2012. Tali prestazioni possono essere erogate anche da altre figure professionali rese al domicilio dalle RSA per anziani non autosufficienti, accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009.

In accordo con quanto previsto dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 e s.m.i., in analogia alle prestazioni residenziali, la nuova tipologia di offerta RSA Aperta è da considerarsi socio-sanitaria.

Il Progetto Individuale RSA Aperta si traduce in uno dei tre Profili di Intensità assistenziale individuati a cui sono correlati i rispettivi valori economici. Il valore economico complessivo dell'intervento erogato è costituito dalla sola quota sanitaria a carico del SSR in quanto la quota alberghiera e le relative spese indotte sono virtualmente assolte dal beneficiario che rimane al domicilio.

Il Progetto RSA Aperta non esclude prestazioni di ricoveri in Residenzialità Temporanea per un massimo di 30 giorni nell'arco dell'anno solare anche non consecutivi. Il conseguente costo della tariffa giornaliera residenziale è individuato in base alla fascia di intensità assistenziale definita dall'U.V.G. in sede di valutazione, nonché ai sensi della D.G.R. n. 85-6287/2013 ed è a carico dell'utente per quanto riguarda la quota alberghiera e le relative spese indotte.

Qualora la persona usufruisca di periodi di Residenzialità temporanea, così come nel caso di ricovero ospedaliero o extraospedaliero, il Progetto RSA Aperta deve essere sospeso.

Il Progetto RSA Aperta non esclude la presa in carico in Cure Domiciliari Sanitarie, quale prestazione sanitaria aggiuntiva, mentre è esclusa la contemporanea attivazione di una presa in carico ai sensi della D.G.R. n. 51-11389 del 23 dicembre 2003 *"D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio-sanitaria"* Allegato A *"Tavolo congiunto Regione-Territorio per l'applicazione dei L.E.A. sull'area socio-sanitaria. L'articolazione delle Cure Domiciliare nella fase di Lungoassistenza"*, nonché degli

interventi economici a sostegno della domiciliarità ai sensi delle DD.GG.RR. n. 39-11190 del 6 aprile 2009, n. 56-13332 del 15 febbraio 2010, n. 18-474 del 27 ottobre 2014 ed eventuali loro modifiche ed integrazioni.

Il Progetto RSA Aperta rientra in un più ampio percorso avviato dal sistema sanitario piemontese per giungere ad una riorganizzazione dei propri servizi in grado di aumentare l'efficienza e la corretta gestione delle risorse umane ed economiche, concentrando i servizi in specifici punti di erogazione.

Questo percorso si coniuga con quanto previsto dalla DGR n. 46-528 del 4 agosto 2010 con la quale la Giunta Regionale ha approvato le modalità, i termini ed i criteri per la richiesta ed il rilascio dell'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie in un'ottica di programmazione e distribuzione territoriale in termini di compatibilità e coerenza rispetto al fabbisogno regionale complessivo, al fine di garantire l'accessibilità ai servizi e la loro omogenea distribuzione, nonché una rete di soggetti erogatori qualificati e capillarmente presenti sul territorio piemontese con un forte legame con le comunità locali.

RSA e territorio

Alcune RSA hanno sviluppato negli anni una capacità di flessibilità tale da ampliare i loro servizi non solo ad una definita tipologia di utenza, ma alla popolazione del territorio di riferimento.

Questa ulteriore offerta di servizi, differenziata rispetto a quanto introdotto con RSA Aperta, evidenzia la potenzialità delle RSA stesse nell'erogare servizi alla comunità locale; pertanto analogamente è necessaria una specifica sperimentazione in cui le RSA possano erogare servizi e prestazioni alla popolazione del territorio di riferimento, ancorché non a carico del SSR.

In quest'ottica le ASL, congiuntamente con le RSA che già abbiano maturato esperienze in tal senso, potranno predisporre dei progetti per ampliare l'offerta dei servizi e prestazioni delle RSA verso il territorio, da presentare alla Direzione Sanità - entro 120 giorni dalla emanazione del presente provvedimento.

Quest'ultima, di concerto con la Direzione Coesione Sociale, procederà all'analisi dei progetti pervenuti al fine di predisporre apposite Linee di indirizzo, che costituiranno il riferimento alle ASL per la sperimentazione sia dei progetti presentati sia dei progetti futuri delle RSA, che si renderanno disponibili alla sperimentazione. La durata della sperimentazione di cui sopra, coordinata e monitorata dall'ASL su cui è ubicata la RSA, decorre dalla approvazione del presente provvedimento al 31 dicembre 2018, analogamente al progetto di RSA Aperta.

Adeguamento del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno

In relazione alla nuova tipologia prestazionale del presente provvedimento di "RSA Aperta" e valutata la necessità, per quanto attiene la valutazione sociale, dell'utilizzo di sistemi di valutazione omogenei su tutto il territorio regionale, ivi compresa la condizione economica, al fine di garantire l'equità e l'appropriatezza degli interventi, anche in attuazione del D.P.C.M. 159/2013 che individua specifici ISEE in relazione alla tipologie di prestazioni, risulta opportuna una rivisitazione delle modalità della valutazione multidimensionale effettuata dall'U.V.G., così come specificato nell'Allegato B al presente provvedimento,

Per quanto riguarda gli anziani già valutati non autosufficienti e con un Progetto di residenzialità, le U.V.G., valutata la fattibilità, insieme con l'interessato e la sua famiglia possono, al momento della presa in carico, proporre un Progetto di residenzialità RSA Aperta, in quanto questa tipologia di risposta alla condizione di non autosufficienza non era in essere al momento della valutazione multidimensionale.

Il Settore Assistenza Sanitaria e socio sanitaria territoriale della Direzione Sanità provvederà alla definizione di un debito informativo, che permetta di elaborare le informazioni e i dati raccolti, ai fini

del monitoraggio dei Progetti Individuali RSA Aperta. La corretta estinzione del debito informativo è condizione necessaria per il mantenimento della RSA nel Progetto RSA Aperta.

Le informazioni relative ai Progetti Individuali di RSA Aperta saranno oggetto di rilevazione sui Piani di Attività (PIA) delle A.S.L. secondo le modalità che saranno definite dalle Direzioni competenti.

Al fine di rendere la modulistica inerente alla Valutazione Geriatrica ed alla residenzialità per anziani non autosufficienti coerente con quanto previsto nella presente deliberazione, si demanda alla Direzione Sanità di concerto con la Direzione Coesione Sociale, congiuntamente, l'adozione di nuovi moduli destinati a sostituire i seguenti:

1) Allegato B "Scheda Informativa Sanitaria" della D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 *"Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del piano Assistenziale Individuale"*;
2) Allegato B Modulo A - "Domanda di Valutazione" della D.G.R. n. 14-5999/2013 *"Interventi per la revisione del Percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del T.A.R. Piemonte n. 141/2013 e adempimenti derivanti dal D.Lgs 14 marzo 2013 n. 33"*;
3) Allegato A "Unità di Valutazione Geriatrica Cartella Geriatrica" della D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 *"Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009"*;

La Direzione Sanità di concerto con la Direzione Coesione Sociale provvederà, altresì, ad adottare uno schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici e soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate in modo che l'A.S.L. territorialmente competente e le RSA aderenti stipulino apposito contratto per la definizione dei rapporti intercorrenti relativamente alla erogazione dei servizi inerenti al Progetto RSA Aperta.

Richiamata l'azione 14.4.2 "Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani" del Programma Operativo 2013-2015, ed in particolare gli indicatori in cui si prevede il raggiungimento dello standard di 1,7 posti letto per 100 anziani non autosufficienti ospiti in RSA entro il 31/12/2015.

Preso atto che la D.G.R. 18-1326 del 20 aprile 2015 stabilisce, con decorrenza 2015, quale limite invalicabile di spesa a carico del SSR l'importo complessivo annuo di 280 milioni di euro per la residenzialità e semiresidenzialità per anziani non autosufficienti, in incremento di 15 milioni di euro rispetto alla pianificazione economico-finanziaria definita dalla D.G.R. 16-6690 del 19/11/2013 per l'esercizio 2014.

Precisato che le risorse sanitarie per il Progetto RSA Aperta per l'esercizio 2016 sono state, provvisoriamente, assegnate alle A.S.L. nell'ambito delle risorse provvisorie comunicate con nota prot. n. 22735/A14000 del 02 dicembre 2015 e s.m.i in attuazione alle indicazioni tecniche di cui alla D.G.R. n. 34-2054 del 1 settembre 2015 "Presa d'atto delle disponibilità finanziarie provvisorie di parte corrente per il Servizio Sanitario Regionale (SSR) relative all'esercizio 2015 e determinazione delle risorse da assegnare agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico-finanziari per l'anno 2015"; mentre con cadenza annuale, si provvederà con successivi provvedimenti di Giunta regionale ad assegnare alle ASL le risorse finanziarie per l'esercizio 2017 e 2018.

Ribadito che le ASL sono tenute a conseguire un risultato di sostanziale pareggio di bilancio anche con riferimento ai principi contenuti nella Legge Costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 recante "Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale" e nella Legge n. 243/2012 di attuazione del principio del pareggio di bilancio, con particolare riferimento all'art. 9.

Tutto ciò premesso;

vista la Legge Regionale 18 gennaio 1995, n. 8 e successive modificazioni ed integrazioni;

vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 20-318 del 15 settembre 2014 e s.m.i. concernente l'organizzazione degli uffici regionali e correlate disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale;

vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 25-699 del 30 dicembre 2013 concernente l'approvazione dei Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, finalizzati a rafforzare l'azione di controllo della spesa sanitaria recependo altresì le criticità e le valutazioni emerse in sede di tavolo ministeriale di verifica sull'attuazione del Piano di Rientro e in particolare l'azione 14.4.2 *"Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani"* che prevede il raggiungimento dello standard di 1,7 posti letto per 100 anziani non autosufficienti ospiti in RSA entro il 31/12/2015;

vista la deliberazione di Giunta Regionale n. 24 - 1419 dell'11 maggio 2015 con la quale si è provveduto a modificare l'Azione 10.1.4 dei Programmi Operativi 2013 - 2015 già approvati con la D.G.R. n. 25 - 699 del 30 dicembre 2013;

visto il Patto per la salute 2014-2016, di cui all'intesa siglata il 10 luglio 2014 in Conferenza Stato – Regioni, e in particolare: l'articolo 1, recante la determinazione del fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale e dei fabbisogni regionali - costi standard e Livelli Essenziali di Assistenza e l'articolo 30, comma 2 il quale dispone che: *"In caso di modifiche normative sostanziali e/o degli importi di cui all'articolo 1, ove necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico, la presente Intesa dovrà essere altresì oggetto di revisione"*;

visto l'art. 2, comma 95, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria per l'anno 2010) che recepisce analoga disposizione dell'Intesa Stato-Regioni sul "Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 del 3 dicembre 2009, prevedendo che *"gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro"*;

visto il D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23.10.92, n. 421"* che introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio delle libertà di scelta da parte dell'assistito delle strutture eroganti cui rivolgersi;

preso atto del D.Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999 che, prevedendo norme attuative da parte del Governo centrale e di quello regionale, ribadisce l'obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato per i LEA delle prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato sul S.O. n. 26 alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza;

rilevato che la recente giurisprudenza amministrativa, con sentenza del Consiglio di Stato in adunanza plenaria n. 3/2012 ha ribadito che: "... *Alle Regioni è stato pertanto affidato il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario sia svolta nell'ambito di una pianificazione finanziaria. Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e*

convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni";

visto l'art. 8 quater, comma 2, del D.Lgs. 502/92 che, altresì, prevede che la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le Aziende e gli Enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate al di fuori degli accordi contrattuali di cui al suddetto art. 8 quinquies;

rilevato quanto previsto dall'art. 8 quinquies, comma 2-quinquies, D.Lgs. 502/92 in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali;

richiamata la D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 *"Cartella Geriatrica dell'Unita' di Valutazione Geriatrica e Linee guida del Piano Assistenziale Individuale. Modifica ed integrazione della D.G.R. n. 17-15226/2005 "Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti" e della D.G.R. n. 14-26366/1998 "Deliberazione settoriale attuativa del Progetto Obiettivo Tutela della salute degli anziani. UVG";*

vista la D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 *"Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009";*

richiamata la D.G.R n. 45-4248 del 30 luglio 2012 *"Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti"* che rivede la normativa esistente nell'ottica di migliorare la flessibilità del servizio, semplificare il contesto normativo e predisporre le basi per garantire la sostenibilità economica di uno dei servizi cardine del sistema integrato dei servizio socio-sanitari e stabilisce, tra l'altro, i requisiti gestionali e strutturali per il nuovo modello assistenziale integrato e per i Nuclei Alzheimer Temporanei e centri semiresidenziali;

vista la D.G.R. n. 14-5999 del 25 giugno 2012 *"Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente"* la quale fornisce misure organizzative per la presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte n 141/2013 del 27 marzo 2013;

vista la D.G.R. n. 85-6287 del 02/08/2013 "*Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012";*

vista la D.G.R. n. 18-1326 del 20 aprile 2015 con la quale si è provveduto alla pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015;

considerato che la D.G.R. 18-1326 del 20/04/2015 stabilisce di avviare un percorso di revisione del sistema della residenzialità per meglio rispondere ai bisogni della persona anziana non autosufficente, prevedendo:

a) un potenziamento dei servizi per la residenzialità, per allineare l'indice di offerta a quanto previsto nel Programma Operativo;

b) una maggiore flessibilità della rete di offerta al fine di rispondere ai cambiamenti demografici e socioeconomici in atto e all'aspettativa delle persone di rimanere il più a lungo possibile a domicilio, ritardando l'ingresso in struttura residenziale;

rilevato come, nel verbale del Tavolo congiunto *"Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali"* e dal *"Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di*

assistenza" del 28 luglio 2015 , nel rinviare al parere da rendersi, si prende atto positivamente del provvedimento D.G.R. 18-1326 del 20/04/2015, volto a delineare il quadro di rinnovamento del sistema della residenzialità per le persone anziane non autosufficienti;

considerato il parere numero 217, protocollo PIEMONTE-010-24/04/2015-0000109-A, dove il Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanza prende atto della D.G.R. n. 18-1326 del 20 aprile 2015;

dato atto che la sopra citata D.G.R. 18-1326 del 20/04/2015 prevede quale limite invalicabile di spesa a carico del SSR l'importo complessivo annuo di 280 milioni di euro per la residenzialità per anziani non autosufficienti, in incremento di 15 milioni di euro rispetto alla pianificazione economico-finanziaria definita dalla D.G.R 16-6690 del 19/11/2013 per l'esercizio 2014;

vista la D.G.R. n. 34-2054 del 01 settembre 2015 con la quale sono state assegnate agli Enti del SSR le risorse finanziarie provvisorie per l'anno 2015 e le indicazioni tecniche per l'assegnazione delle risorse provvisorie 2016, in particolare la Tabella A/1 dell'Allegato A e la Tabella B/2 dell'Allegato B;

richiamato per l'esercizio 2016 l'obiettivo di efficientamento che è stato assegnato alle ASL con la DGR n. 12-2021 del 5 agosto 2015, sub-obiettivo 3.2.;

vista la D.G.R. n. 35-3152 del 11 aprile 2016 *"Rimodulazione delle risorse c/esercizio 2015 e riparto delle risorse provvisorie c/esercizio 2016 assegnate agli Enti del SSR ai fini degli obiettivi economico-finanziari. Adempimenti di cui all'art. 20, comma 2, lettera a, e applicazione dell'art.30 del Decreto Legislativo 118/2011"*;

ritenuto, pertanto, di dare avvio al progetto residenziale sperimentale "RSA Aperta" della durata di tre anni, che prevede prestazioni residenziali erogabili ai sensi della D.G.R. n. 45-4248/2012, laddove necessario integrate con altre prestazioni, rese al domicilio dell'utente al fine di agevolare il mantenimento della persona al domicilio, fornendo supporto alla famiglia, così come descritto nell'Allegato A "*Progetto residenziale RSA Aperta*", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

ritenuto che:

- le prestazioni del progetto RSA Aperta potranno essere offerte dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR);
- la valutazione multidimensionale deve essere effettuata dall'UVG, così come specificato nell'Allegato B *"Percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica"*, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento;
- il progetto residenziale sperimentale RSA Aperta, in sede di valutazione multidimensionale del bisogno, può essere integrato con prestazioni di Residenzialità Temporanea, secondo le modalità previste nell'Allegato A alla presente deliberazione;
- sia demandata a successivi provvedimenti della Direzione Sanità, di concerto con la Direzione Coesione Sociale, l'approvazione: dello schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici Aziende Sanitarie Locali e Presidi socio-sanitari accreditati che aderiscono al progetto domiciliare sperimentale "RSA Aperta", del modulo di domanda per la richiesta di valutazione, della scheda informativa sanitaria, della cartella geriatrica utile per la valutazione della Unità di Valutazione Geriatrica. L'approvazione dei documenti

sopra elencati andrà a sostituire i seguenti provvedimenti, revocati con la presente deliberazione:

1. Allegato B "Scheda Informativa Sanitaria" della D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 *"Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del piano Assistenziale Individuale"*;
2. Allegato B Modulo A - "Domanda di Valutazione" della D.G.R. n. 14-5999/2013 *"Interventi per la revisione del Percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del T.A.R. Piemonte n. 141/2013 e adempimenti derivanti dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33"*;
3. Allegato A "Unità di Valutazione Geriatrica Cartella Geriatrica" della D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 *"Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009"*;

Precisato che per l'attuazione dei provvedimenti attuativi previsti è necessario acquisire sulla presente deliberazione parere favorevole dai Ministeri competenti.

la Giunta Regionale a voti unanimi,

d e l i b e r a

per i motivi di cui alle premesse, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, di

- dare avvio al Progetto sperimentale RSA Aperta della durata decorrente dalla approvazione del presente provvedimento al 31 dicembre 2018 che prevede prestazioni erogabili ai sensi della D.G.R. n. 45-4248/2012, integrate con altre figure professionali, rese al domicilio, dalle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani non autosufficienti accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai sensi della D.G.R. n. 25-12129 del 14 settembre 2009, al fine di agevolare il mantenimento della persona al domicilio, fornendo supporto alla famiglia, così come descritto nell' Allegato A "Progetto residenziale RSA Aperta", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- approvare:

  - l'Allegato A *"Progetto residenziale RSA Aperta"*, parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
  - l'Allegato B *"Percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica"*, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- demandare, al fine di rendere la modulistica inerente alla Valutazione Geriatrica ed alla residenzialità per anziani non autosufficienti coerente con quanto previsto nella presente deliberazione, alla Direzione Sanità di concerto con la Direzione Coesione Sociale, l'adozione di nuovi moduli destinati a sostituire i seguenti:

  - Allegato B *"Scheda Informativa Sanitaria" della D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008 "Cartella Geriatrica dell'Unità di Valutazione Geriatrica e Linee Guida del piano Assistenziale Individuale"*
  - Allegato B Modulo A - *"Domanda di Valutazione" della D.G.R. n. 14-5999/2013 "Interventi per la revisione del Percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in*

ottemperanza all'ordinanza del T.A.R. Piemonte n. 141/2013 e adempimenti derivanti dal D.Lgs 14 marzo 2013 n. 33"

- Allegato A *"Unità di Valutazione Geriatrica Cartella Geriatrica"* della D.G.R. n. 69-481 del 2 agosto 2010 "*Modifiche ed integrazioni della D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008, della D.G.R. 41-5952 del 7 maggio 2002 e s.m.i., D.G.R. 55-13238 del 3 agosto 2004 e D.G.R. 44-12758 del 17 dicembre 2009*";

➢ disporre che l'A.S.L. territorialmente competente e le RSA aderenti devono stipulare apposito contratto per la definizione dei rapporti intercorrenti relativamente alla erogazione dei servizi inerenti al Progetto RSA Aperta secondo lo schema contrattuale da predisporre con apposito provvedimento della Direzione Sanità di concerto con la Direzione Coesione Sociale;

➢ stabilire che la Direzione Sanità provvederà alla definizione di un debito informativo, che permetta di elaborare i dati e le informazioni raccolti, anche ai fini del monitoraggio dei Progetti Individuali RSA Aperta; la corretta estinzione del debito informativo è condizione necessaria per il mantenimento della RSA nel Progetto RSA Aperta;

1. le informazioni relative ai Progetti Individuali di RSA Aperta saranno oggetto di rilevazione sui Piani di Attività (PIA) delle ASL secondo le modalità che saranno definite dalle Direzioni competenti;
2. per quanto riguarda le risorse necessarie per il Progetto RSA Aperta, per l'esercizio 2016 si fa riferimento alla D.G.R. n. 34-2054 del 1 settembre 2015, in particolare la Tabella A/1 dell'Allegato A e la Tabella B/2 dell'Allegato B, e alla successiva D.G.R. n. 35-3152 del 11 aprile 2016 di rimodulazione delle risorse c/esercizio 2015 e riparto delle risorse provvisorie c/esercizio 2016 assegnate agli Enti del SSR, mentre, a cadenza annuale, si provvederà con successivi provvedimenti di Giunta Regionale ad assegnare alle ASL le risorse finanziarie per l'esercizio 2017 e 2018;

➢ avviare la sperimentazione di ulteriori progetti, differenti rispetto al Progetto "RSA Aperta", di offerta di servizi e prestazioni alla popolazione del territorio di riferimento erogati dalle RSA, autorizzate e accreditate con il SSR. I progetti, a carattere sperimentale, potranno essere presentati dalle ASL, congiuntamente con le RSA che già abbiamo maturato esperienze in tal senso, alla Direzione Sanità - entro 120 giorni dall'emanazione del presente provvedimento;

➢ dare mandato alla Direzione Sanità, di concerto con la Direzione Coesione Sociale, di procedere all'analisi di questi ulteriori progetti pervenuti al fine di predisporre apposite Linee di indirizzo, che costituiranno il riferimento alle ASL per la sperimentazione sia dei progetti presentati sia dei progetti futuri delle RSA, che si renderanno disponibili alla sperimentazione. La durata della sperimentazione di cui sopra, coordinata e monitorata dall'ASL su cui è ubicata la RSA, decorre dalla approvazione del presente provvedimento al 31 dicembre 2018, analogamente al progetto di RSA Aperta;

Ulteriori disposizioni contenute in antecedenti provvedimenti della Giunta Regionale, in contrasto con quelle contenute nel presente provvedimento, sono revocate.

Avverso la presente deliberazione è ammesso ricorso giurisdizionale avanti al TAR entro 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro 120 giorni dalla suddetta data, ovvero l'azione innanzi al Giudice Ordinario, per tutelare un diritto soggettivo, entro il termine di prescrizione previsto dal Codice civile.

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

(Omissis)

Il Presidente
della Giunta Regionale
Sergio CHIAMPARINO

Direzione Affari Istituzionali
e Avvocatura
Il funzionario verbalizzante
Guido ODICINO

Estratto dal libro verbali delle deliberazioni assunte dalla Giunta Regionale in adunanza 16 maggio 2016.

cr

34-3309 16-5-2016

Allegato A

PROGETTO Residenziale RSA Aperta

Il Progetto residenziale RSA Aperta è un ampliamento della gamma di possibili risposte alla condizione di non autosufficienza, avvalorando il concetto di flessibilità e di integrazione degli interventi, nonché la capacità, sviluppata negli anni, delle Strutture Residenziali socio-sanitarie accreditate di erogare prestazioni assistenziali qualificate anche al domicilio della persona.

Si tratta di una tipologia di offerta sperimentale a favore di persone anziane non autosufficienti che prevede interventi sanitari flessibili (infermiere, fisioterapista, logopedista, ecc) e assistenza tutelare (OSS) erogati al domicilio dalle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani non autosufficienti, di cui alla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditate dal Servizio Sanitario Regionale (SSR) ai sensi della DGR n. 25-12129 del 14 settembre 2009.

1. DESTINATARI del Progetto Residenziale RSA Aperta

I destinatari del Progetto Residenziale RSA Aperta sono anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti, che presentano condizioni sanitarie e socio-sanitarie tali da poter procrastinare, almeno temporaneamente, l'istituzionalizzazione in RSA con un intervento residenziale al loro domicilio, riconosciuti in sede di valutazione dell'UVG eligibili ad un Progetto residenziale ai sensi della DGR n. 14-5999/2013.

2. SOGGETTI ACCREDITABILI

I soggetti accreditabili per l'erogazione delle prestazioni di RSA Aperta sono le RSA per anziani non autosufficienti accreditate nel territorio regionale.

Le Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) hanno 15 giorni di tempo, a far data dalla pubblicazione del presente atto deliberativo, per richiedere alle RSA accreditate ubicate sul proprio territorio la disponibilità all'adesione al Progetto, fermo restando che sono sempre possibili successive adesioni o rinunce.

A loro volta le RSA accreditate hanno 15 giorni di tempo dalla data di richiesta di disponibilità da parte dell'ASL per aderire al Progetto.

Le RSA, che aderiscono all'attivazione di questa nuova tipologia di intervento, a seguito della formale richiesta da parte dell'A.S.L. competente per territorio, dichiarano in quali Comuni, o Circoscrizioni per la Città di Torino, (anche al di fuori dell'A.S.L. di appartenenza territoriale) siano disponibili ad operare.

Le RSA, di cui sopra e in possesso dei requisiti di cui sopra, sono incluse in un apposito elenco regionale presente sia sul sito web di ogni Azienda Sanitaria Locale sia sul Portale FAR-SIAD RP.

Le A.S.L. devono comunicare, nei 15 giorni successivi all'adesione al progetto RSA Aperta da parte delle RSA, al Settore Assistenza Sanitaria e Socio-Sanitaria Territoriale della Direzione Sanità e al Settore Programmazione Socio-Assistenziale e Socio-Sanitaria, Standard di Servizio

e di Qualità della Direzione Coesione Sociale l'elenco delle RSA che hanno aderito al Progetto, al fine della pubblicazione dell'elenco sul portale FARSIAD-RP, nonché sul sito web di ogni A.S.L., mantenendone la costante comunicazione e relativo aggiornamento.

L'adesione da parte delle RSA è sempre possibile nel tempo, così come la possibilità di ampliare la disponibilità verso altri Comuni (Circoscrizioni per la Città di Torino) rispetto a quelli dichiarati nel contratto. Analogamente per i casi di rinuncia ad operare in Comuni (Circoscrizioni per la Città di Torino) dichiarati nel contratto, fermo restando che l'integrazione o la rinuncia deve prima essere contrattualmente formalizzata.

Nel caso di rinuncia alla disponibilità al Progetto RSA Aperta, totale o solo per alcuni Comuni, l'RSA deve prima comunicarlo all'ASL di competenza, al fine di "riposizionare" in altra RSA disponibile gli eventuali Progetti in essere.

L'A.S.L. territorialmente competente e le RSA devono stipulare il contratto per la definizione dei rapporti intercorrenti relativamente alla erogazione dei servizi inerenti al Progetto RSA Aperta, secondo lo schema contrattuale predisposto con apposito provvedimento dalla Regione Piemonte avente valore per l'intero territorio regionale.

Qualora la RSA si sia dichiarata disponibile ad operare anche per comuni (o Circoscrizioni) afferenti ad ASL diverse da quella territorialmente competente, dovrà stipulare anche con queste apposito contratto; le ASL interessate dovranno comunicare all'ASL territorialmente competente la sottoscrizione del contratto ed eventuali chiusure o revoche dello stesso.

3. PROGETTO INDIVIDUALE RSA APERTA

L'UVG esegue la valutazione sanitaria e sociale, definisce la condizione clinico-assistenziale ed individua i bisogni socio-sanitari delle persone anziane, identificando le risposte più idonee attraverso la stesura di un Progetto Individuale, condiviso con l'anziano e con la famiglia.

Se in sede di valutazione l'UVG individua un Progetto residenziale RSA Aperta, lo stesso deve essere illustrato e condiviso con l'interessato e con la famiglia, che hanno facoltà di accettarlo. In caso di non accettazione il Progetto è di tipo residenziale (DGR n. 45-4248/2012).

Nel caso in cui venga scelto un Progetto Individuale RSA Aperta, così come tutte le altre tipologie di Progetti Individuali, esso deve essere trasmesso nel momento della presa in carico alla RSA scelta dall'interessato.

Trattandosi di un Progetto di residenzialità, i Progetti di RSA Aperta devono essere inseriti all'interno della graduatoria della residenzialità ai sensi della DGR n. 14-5999/2013.

Nel corso della valutazione, la somministrazione delle scale di valutazione sanitaria (Indice funzionalità e mobilità di Barthel, S.P.M.S.Q di Pfeiffer, A.Di. Co., D.M.I.) esita in un punteggio, che, nel caso di Progetto Individuale RSA Aperta, si traduce in uno dei tre Profili di Intensità assistenziale correlati a valori economici, in analogia a quanto avviene per i Progetti residenziali previsti nella DGR n. 45-4248/2012 e DGR n. 85-6287/2013, come riportato nella Tabella 1 che segue:

Tabella 1: Intensità assistenziali e profili di intensità dei progetti di RSA Aperta

Valutazione intensità	Intensità DGR n. 45-4248/2012	Profilo di Intensità "RSA aperta"	Valore economico mensile del Profilo di Intensità a carico del SSR
5 - 6	Bassa(5) / Medio-bassa(6)	Bassa	€ 500
7 - 8	Media (7/8)	Media	€ 600
9 - 12	Medio-alta (9) / Alta(10-11) / Alta Livello Incrementato(12)	Alta	€ 700

Il valore economico mensile a carico del SSR per PAI e Profilo di Intensità, riportato in tabella 1, rappresenta **il limite massimo della spesa che può essere riconosciuta alla RSA**, dall'ASL, ai fini della remunerazione delle prestazioni che complessivamente potranno essere erogate al cittadino nel mese di riferimento, fatto salvo gli elementi di flessibilità disciplinati al paragrafo 6) "IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI)" del presente Allegato.

Il Progetto Individuale può anche essere composto da Profili di Intensità diversi nel corso della durata del Progetto stesso, per garantire una maggiore flessibilità ed appropriatezza degli interventi.

Nel momento in cui la persona viene contattata dall'ASL di residenza per l'attivazione dell'intervento, la stessa sceglie una delle RSA presenti in quel momento nell'elenco regionale delle RSA che hanno aderito al progetto RSA Aperta e ne dà comunicazione all'ASL che l'ha contattata entro un termine massimo di 15 giorni lavorativi; in caso di mancata risposta non motivata entro tale periodo, l'ASL, a seguito di un sollecito può, entro 10 giorni dal ricevimento del sollecito, far decadere il Progetto Individuale per riassegnare un Progetto residenziale.

La comunicazione dell'attivazione di ogni Progetto Individuale RSA Aperta deve essere inviata da parte dell'ASL oltre che all'interessato anche al suo MMG, al servizio Cure Domiciliari nonché all'Ente Gestore delle funzioni socio assistenziali di competenza. Devono essere, altresì, comunicate eventuali modifiche, sospensioni significative o la chiusura del Progetto ai destinatari di cui sopra.

Nel caso in cui la persona che fruisce dell'intervento in RSA Aperta necessiti di una presa in carico dal Servizio Cure Domiciliari, quest'ultimo deve prendere contatto con l'RSA erogante, per acquisire informazioni utili e ottimizzare l'intervento.

Nel caso in cui, al termine del triennio sperimentale, il progetto residenziale RSA Aperta non venga confermato, ai beneficiari dei progetti attivi, salvo diversa richiesta dell'interessato o dei familiari, deve essere garantita la continuità assistenziale con l'immediato inserimento presso una RSA accreditata scelta dall'utente.

4. PRESTAZIONI EROGABILI AL DOMICILIO CON IL PROGETTO RSA APERTA

L'RSA Aperta è una evoluzione flessibile degli interventi erogabili dalle RSA in una logica di multiservizi per una presa in carico della persona al proprio domicilio.

Gli interventi forniti da RSA Aperta sono in parte equivalenti a quelli previsti dalla Residenzialità ai sensi della DGR n. 45-4248/2012, integrati con altre tipologie di prestazioni e relative figure professionali:

- prestazioni infermieristiche (Infermiere);
- assistenza tutelare (OSS);
- prestazioni ed attività di mantenimento e di riattivazione psicofisica, motoria e neuromotoria (fisioterapista, logopedista, terapisti occupazionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, specialisti in Attività Fisica Adattata S/76 e LM/67);
- consulenze/prestazioni di personale medico specialistico (geriatra, neurologo, fisiatra, foniatra, otorinolaringoiatra, anestesista, pneumologo, neurologo, etc) erogate tramite personale medico garantito dalla RSA Aperta.
- consulenze/prestazioni Assistente Sociale.

In aggiunta agli interventi sopraelencati, trattandosi di persone al proprio domicilio è possibile che vengano attivati altri interventi o prestazioni, inserite nel Progetto e riportate nel PAI, quali:

- attività di consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico (es: terapista occupazionale/educatore...);
- addestramento della famiglia e/o del caregiver, (es: infermiere, fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, OSS ....);
- supporto alla gestione delle dialisi peritoneali al domicilio (es: infermiere, OSS ...) Il Progetto RSA Aperta può includere anziani non autosufficienti affetti da insufficienza renale terminale con necessità di trattamento dialitico, che non siano inclusi in una delle forme di sostegno economico alla domiciliarità ai sensi delle DD.GG.RR. n. 8-123116 del 12 ottobre 2009 e n. 10-6978 del 30 dicembre 2013;
- facilitazione della famiglia alla partecipazione di gruppi di mutuo aiuto (es: psicologo ...).

Nell'ambito del Progetto Individuale, definito dall'UVG, è possibile che il Progetto stesso comprenda periodi di residenzialità temporanea, erogabile anche nei weekend, per un massimo di 30 giorni nell'arco dell'anno solare anche non consecutivi.

In questo caso il costo della tariffa giornaliera è individuato in base alla fascia di intensità assistenziale definita dall'UVG in sede di valutazione, nonché ai sensi alla DGR n. 85-6287/2013, e non rientra nel "valore economico del profilo di intensità RSA Aperta" e resta a carico dell'utente la quota sociale della tariffa complessiva.

Qualora la persona usufruisca di periodi di Residenzialità temporanea, così come nel caso di ricovero ospedaliero o extraospedaliero, il Progetto RSA Aperta deve essere sospeso.

Gli ausili, i presidi tecnici ed il materiale di medicazione sono erogabili ai sensi della normativa vigente in materia; non è prevista la distribuzione diretta dei farmaci da parte della RSA ed i trasporti in ambulanza sono esclusi dal Progetto.

5. ASSISTENZA MEDICA

La responsabilità clinica è in capo al Medico di Medicina Generale (MMG) che garantisce l'assistenza medica al domicilio.

In base al Progetto Individuale definito dall'UVG e con l'accordo del Servizio delle Cure Domiciliari, si può attivare un Progetto di Assistenza Domiciliare Programmata a seconda delle necessità, che deve essere rilevato, ai fini del flusso ministeriale previsto dal D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD)", con le modalità informative in essere, comprensive anche degli accessi di altri operatori sanitari o socio-sanitari (OSS) che sono coinvolti nel Piano Assistenziale Individuale RSA Aperta.

Il Progetto RSA Aperta non esclude la presa in carico in Cure Domiciliari sanitarie, mentre è esclusa l'attivazione contemporanea con una presa in carico ai sensi della D.G.R. n. 51-11389 del 23 dicembre 2003 "Accordo Regione-territorio per l'applicazione dei L.E.A. sull'area socio-sanitaria - l'articolazione delle Cure Domiciliare nella fase di Lungoassistenza", nonché degli interventi economici a sostegno della domiciliarità ai sensi delle DD.GG.RR. n. 39-11190 del 6 aprile 2009, n. 56-13332 del 15 febbraio 2010 e n. 18-474 del 27 ottobre 2014 ed eventuali loro modifiche ed integrazioni.

Se la persona è già in carico al Servizio Cure Domiciliari sanitarie o necessita di queste ed ha un Progetto residenziale RSA Aperta in essere, il Case manager deve "dialogare ed interagire" con il Servizio Cure Domiciliari sanitarie.

6. IL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PAI)

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) è la trasposizione operativa del Progetto Individuale e viene elaborato dall'equipe che prende in carico la persona.

L'equipe multidisciplinare interna della RSA, scelta dal beneficiario, predispone il PAI su base mensile entro 5 giorni lavorativi dall'attivazione dell'intervento sulla base del Progetto Individuale trasmesso dall'UVG. Possono partecipare alla stesura del PAI, oltre alla persona interessata e/o la sua famiglia, un componente delegato dal Presidente dell'UVG, il Medico di Medicina Generale (MMG) e, se la persona è in Cure Domiciliari Sanitarie, l'Infermiere del Servizio.

Il PAI, come "strumento di lavoro" contiene gli obiettivi assistenziali (predefiniti e codificati, misurabili), i momenti di verifica e gli strumenti di valutazione, nonché la valorizzazione economica degli interventi previsti.

Il PAI è redatto presso il domicilio dell'anziano non autosufficiente ed è sottoscritto per accettazione.

Il PAI è strutturato su base mensile, riconfermabile, ma, nel caso in cui si verifichino variazioni tali da rendere il PAI non più rispondente al Progetto Individuale, l'RSA deve chiedere formalmente all'UVG di residenza dell'anziano la rivalutazione del Progetto medesimo per una diversa intensità o per la trasformazione in un Progetto residenziale. L'eventuale variazione può essere promossa anche dall'UVG competente, dal Medico di Medicina Generale, nonché dalla persona interessata e/o dalla sua famiglia.

La revisione del PAI deve essere effettuata almeno ogni sei mesi ed ogni qual volta si verifica una modifica significativa delle condizioni cliniche e/o assistenziali della persona.

Se l'importo del Profilo dell'Intensità assistenziale assegnata non viene completamente utilizzato dalle prestazioni ed attività previste nel PAI nel mese di riferimento, l'importo può essere destinato per prestazioni o attività nel mese successivo; analogamente se si verificano delle eccedenze, dovranno essere "recuperate" entro e non oltre i due mesi successivi. Nel caso in cui si superi tale periodo l'importo eccedente è a carico della RSA Aperta.

Nel caso in cui l'anziano con Progetto RSA Aperta già in atto voglia scegliere un'altra RSA per l'erogazione degli interventi domiciliari, deve comunicarlo, motivandolo, all'UVG di residenza, che, a sua volta, valutate le motivazioni e accertata la possibilità della nuova scelta la convalida. Così come avviene per il trasferimento da una RSA ad un'altra, l'RSA inviante trasferisce alla RSA ricevente l'unico o l'ultimo Progetto RSA Aperta dell'UVG, nonché il PAI in essere.

L'UVG dell'ASL di residenza può effettuare verifiche al domicilio della persona, direttamente o tramite rogatoria, al fine di verificare l'adesione del PAI attivato rispetto ai bisogni assistenziali e agli obiettivi identificati nel Progetto Individuale.

Nel caso l'RSA erogante sia al di fuori del territorio dell'ASL di residenza, quest'ultima trasmette puntualmente all'ASL territorialmente competente tutti i PAI predisposti dall'équipe multidisciplinare della RSA.

7. RIVALUTAZIONE DEL PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE E DEL PROGETTO INDIVIDUALE

Con cadenza semestrale dalla prima stesura del PAI o dall'ultima revisione dello stesso, l'équipe multiprofessionale deve effettuare una revisione al domicilio che deve essere computata, nel mese in cui viene effettuata la revisione, all'interno del valore economico del Profilo di Intensità in essere.

Qualora a seguito di revisione del PAI si evidenzi la necessità di procedere all'inserimento in struttura, l'UVG procede d'ufficio alla rivalutazione della persona e quest'ultima viene presa in carico con un Progetto di residenzialità nei tempi congrui concordati tra l'UVG, la persona interessata e la sua famiglia, comunque non oltre i 90 giorni, fermo restando che il Progetto individuale RSA Aperta continua fino all'inserimento in RSA.

La persona può scegliere la RSA che ha offerto le prestazioni di RSA Aperta o un'altra RSA accreditata sulla base dei posti disponibili.

Se, a seguito di valutazione dell'UVG, cambia esclusivamente il Profilo di Intensità l'équipe è chiamata a predisporre una revisione del PAI al domicilio, che deve essere computata, all'interno del valore economico del nuovo Profilo di Intensità assegnato, nel mese in cui viene effettuata tale revisione.

8. REQUISITI ORGANIZZATIVI E GESTIONALI DELLA RSA Aperta

Le prestazioni erogabili a domicilio, di cui al precedente paragrafo "PRESTAZIONI EROGABILI AL DOMICILIO CON IL PROGETTO RSA APERTA", sono da considerarsi aggiuntive rispetto alle normali prestazioni effettuate in RSA.

Pertanto, il debito orario del personale impiegato per le attività della RSA Aperta va considerato al di fuori del calcolo dello standard assistenziale erogato in RSA e va documentato e rendicontato separatamente.

In sede di sopralluogo da parte della Commissione di Vigilanza in RSA, quest'ultima verifica l'esistenza di Progetti di RSA Aperta e può chiedere di visionare la relativa documentazione (Progetto Residenziale RSA Aperta dell'UVG e il/i PAI).

Nel caso in cui il PAI di utenti in RSA Aperta preveda l'utilizzo di servizi presenti nella RSA stessa (es: il bagno assistito per l'igiene personale, la palestra ....), tale utilizzo dei servizi deve armonizzarsi con le attività quotidiane previste per gli ospiti della RSA.

Le attività diurne in RSA devono essere svolte negli spazi comuni e nelle aree destinate alla valutazione e alla terapia. Nel caso in cui il PAI preveda attività in RSA, i trasporti sono a carico della persona interessata e il loro costo deve essere indicato nel PAI.

9. DOCUMENTAZIONE AL DOMICILIO ED IN RSA

Il PAI deve essere redatto e sottoscritto in tre copie, di cui una rimane al domicilio della persona in RSA Aperta, una deve essere conservata presso la RSA erogante e l'ultima inviata all'UVG.

Presso il domicilio deve essere tenuto e aggiornato in tempo reale il Diario RSA Aperta della persona, in cui devono essere riportate almeno le seguenti informazioni: la data e l'ora dell'accesso, la figura professionale, nome e cognome, la tipologia della/le prestazione/i erogata/e di ogni accesso identificate nel PAI, nonché la firma.

Presso la RSA erogante deve essere tenuto e aggiornato il Diario RSA Aperta della persona in cui devono essere riportate almeno le seguenti informazioni: la data, l'ora di inizio e fine della/e prestazione/i, la figura professionale, nome e cognome, la tipologia della/le prestazione/i erogata/e di ogni accesso identificate nel PAI, nonché la firma.

Le visite del Care Manager debbono essere registrate nel Diario RSA Aperta al domicilio della persona sia nel Diario RSA Aperta presso la struttura.

Nel caso in cui siano state attivate un'Assistenza Domiciliare Programmata (ADP) o altra forma di Cura Domiciliare Sanitaria (CDS), le visite del MMG o le prestazioni delle Cure Domiciliari Sanitarie devono essere annotate nelle apposite cartelle.

10. MODALITÀ DI REMUNERAZIONE E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI

La tariffa delle prestazioni a carico del SSR è stata individuata considerando il costo orario delle figure professionali quantificabile dai diversi CCNL attualmente utilizzati dai soggetti gestori delle RSA.

In particolare, per ciascuna figura professionale è stato stimato il costo orario teorico utilizzando la media pesata tra:

- costo orario medio previsto dai CCNL
- incidenza percentuale di ogni CCNL.

Inoltre, ai fini della determinazione della tariffa per prestazione in RSA aperta (tabella 2), si è provveduto ad incrementare il costo orario per figura professionale di un ulteriore 20% al fine di quantificare una spesa complessiva a carico del SSR comprendente gli oneri fiscali e le spese aggiuntive (costi amministrativi, di assicurazione, di trasporto per gli operatori, tempi di spostamento, riunioni di équipe, etc....). Di seguito si riportano le tariffe per prestazione a carico del SSR.

Tabella 2) figure professionali e tariffa a prestazione in RSA Aperta

Figura professionale	Tariffa per prestazione a carico del SSR
Medico Specialista	€ 54,00

Figura professionale	Tariffa per prestazione a carico del SSR
Infermiere	€ 26,40
Fisioterapista, logopedista, terapista occupazionale, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, Laureati in Scienze Motorie con Specialistica S/76 o Laurea Magistrale LM/67, Assistente Sociale	€ 26,40
Psicologo	€ 48,00
Operatore Socio Sanitario	€ 20,40

Inoltre, ai fini della remunerazione delle attività relative alla prima stesura del PAI finalizzato alla presa in carico della persona ed avvio del Progetto di RSA Aperta ed alle successive revisioni multi professionali, sempre al domicilio, sono previste le seguenti tariffe:

Tabella 3: Tariffe per la predisposizione e rivalutazione Piano Assistenziale Individuale

Ulteriori attività remunerate nel PAI	Tariffa a carico del SSR
Prima stesura del PAI a domicilio	€ 75,00
Successive revisioni multi professionali, sempre al domicilio	€ 50,00

In proposito, si precisa che le variazioni mensili, che rientrano sempre nel profilo di assistenza individuato e rendono flessibile la risposta ai bisogni evidenziati dal monitoraggio costante dato dalle prestazioni degli operatori, non sono da considerarsi variazioni tali da richiedere, ai fini economici, la revisione del PAI. Pertanto, non è stata prevista una tariffa a carico del SSR.

11. CARE MANAGEMENT

Il referente del caso o care manager è una figura professionale individuabile fra quelle elencate nella Tabella 2) escluso il medico specialista. Il Care Management, individuato in sede di predisposizione del PAI, funge da punto di riferimento per l'anziano non autosufficiente e per la sua famiglia, dalla valutazione alla presa in carico, agevolando, monitorando e coordinando il percorso assistenziale, assicurandone così la continuità, al fine di garantire la risposta sanitaria adeguata nell'ambito dei servizi della rete, coerente con il progetto definito dall'UVG.

La modalità con cui si esplica l'intervento di care management è riassunta nella seguente Tabella 4). Da essa si evince che tale intervento può articolarsi su tre diversi livelli, connessi non tanto al Profilo di Intensità (Bassa, Media, Alta) quanto alla complessità del quadro progettuale.

Il Livello di Care Management è determinato dalla complessità della gestione del PAI data:

- dal coordinamento tra le figure professionali (di cui alla Tabella 2) che concorrono alla attuazione del medesimo;
- dal coordinamento delle figure professionali con la persona e la famiglia;

- dai contatti tra la RSA e l'UVG.

I Livelli di Care Management determinati dall'equipe multiprofessionali in sede di PAI, sono modificabili e reversibili nello sviluppo del PAI stesso.

Il Care Manager deve dare evidenza della attività mensilmente svolta tracciando almeno le seguenti informazioni: data, soggetto contattato, motivo contatto. Tali annotazioni devono essere inserite nel Diario RSA Aperta presente al domicilio.

Tabella 4: Attività e costi Care Management

Livelli Care Management	Coordinamento PAI	Attività verso persona interessata e famiglia	Costo
BASE	Coordinamento tra le figure professionali che concorrono all'attuazione del PAI, tra queste e la persona e la famiglia, contatti tra RSA e UVG, contatti telefonici di informazione, orientamento e aiuto alla famiglia nel governo del PAI, mediazione di rete.	Contatti telefonici almeno con cadenza settimanale da parte del care manager	€ 20,00
MEDIO	Coordinamento tra le figure professionali che concorrono all'attuazione del PAI, tra queste e la persona e la famiglia, contatti tra RSA e UVG, contatti telefonici di informazione, orientamento e aiuto alla famiglia nel governo del PAI, mediazione di rete.	Contatti telefonici almeno con cadenza settimanale e visita domiciliare mensile da parte del care manager	€ 40,00
INTENSO	Coordinamento tra le figure professionali che concorrono all'attuazione del PAI, tra queste e la persona e la famiglia, contatti tra RSA e UVG, contatti telefonici di informazione, orientamento e aiuto alla famiglia nel governo del PAI, mediazione di rete.	Contatti telefonici almeno con cadenza settimanale e visita domiciliare quindicinale da parte del care manager	€ 60,00

12. RENDICONTAZIONE. OBBLIGHI E VINCOLI.

La rendicontazione delle attività avviene sulla base delle prestazioni erogate dalle singole figure professionali di cui alla Tabella 2), o di attività multiprofessionali - esempio la predisposizione e rivalutazione Piano Assistenziale Individuale di cui alla Tabella 3) - o nell'ambito di specifiche funzioni svolte – esempio il Care Management di cui alla Tabella 4) - e delle eventuali prestazioni erogate in regime residenziale, fermo restando che queste ultime sono da considerarsi oltre il valore soglia del Profilo di Intensità.

Le RSA che garantiscono le prestazione fatturano all'ASL di residenza della persona rendicontando, nel dettaglio, le prestazioni erogate sia a domicilio sia eventualmente in RSA (Residenzialità Temporanea comprensiva di Weekend di sollievo). Nel caso in cui l'RSA non sia ubicata nel territorio dell'ASL di residenza del beneficiario quest'ultima recepisce il contratto in essere tra l'RSA e l'ASL su cui è sita la RSA stessa.

Le prestazioni erogate mensilmente previste nel PAI possono variare nei mesi come esplicitato nel paragrafo inerente il Piano Assistenziale Individuale (PAI); tale flessibilità deve trovare corrispondenza nella fatturazione mensile.

Al verificarsi dei seguenti eventi: ricovero temporaneo in strutture sanitarie o decesso delle persone inserite, la RSA erogante le prestazioni deve darne immediata comunicazione all'ASL di residenza della persona.

Nel caso in cui la persona con Progetto RSA Aperta decida di cambiare residenza deve preventivamente comunicarlo all'ASL che ha in carico il Progetto per concordare la possibilità di attuarlo nel Comune/Circoscrizione di nuova residenza.

La titolarità della presa in carico dell'anziano, anche in caso di cambio di residenza che comporti cambio di ASL, rimane all'U.V.G. che ha effettuato la valutazione e l'inserimento nel progetto RSA Aperta, in analogia agli inserimenti residenziali in RSA.

I Progetti RSA Aperta erogati dalle ASL saranno monitorati nei Piani di Attività nel modulo della Residenzialità anziani divisi per fasce di intensità, secondo le modalità che saranno definite dalle Direzioni competenti.

Le eventuali prestazioni erogate in regime residenziale devono essere inserite nel Portale FAR/SIAD RP, per soddisfare il Flusso Ministeriale dato dal D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (FAR)".

Le RSA, anche quelle che aderiscono ad RSA Aperta, hanno l'obbligo di inviare i dati richiesti dal flusso FAR-RP ai sensi della D.G.R. n. 69-481/2010 e del presente provvedimento,

In caso di mancato adempimento, le ASL, dopo tre solleciti a cui non viene data una motivata giustificazione, possono sospendere il pagamento della remunerazione del Progetto degli ospiti in convenzione sino a quando i debiti informativi non sono correttamente ottemperati.

In ultimo si precisa che **il valore complessivo di spesa mensile a carico del SSR per ciascun PAI**, quantificato applicando le tariffe disposte nel presente paragrafo e nel paragrafo 11) "Care Management", **non può eccedere il limite massimo di spesa a carico del SSR disciplinato al paragrafo 3) "Progetto individuale RSA Aperta".**

13. CONTROLLO

L'UVG dell'ASL che ha in carico l'assistito può effettuare verifiche al domicilio della persona, direttamente o tramite rogatoria, al fine di verificare l'adesione del PAI attivato rispetto ai bisogni assistenziali e agli obiettivi identificati nel Progetto Individuale.

Nel caso in cui, in sede di controllo, l'UVG rilevi criticità sul PAI predisposto dalla RSA, in quanto non coerente con il Progetto Individuale, o sul Progetto Individuale deve:

- nel primo caso, comunicare per iscritto al Gestore della RSA l'inadeguatezza del PAI, chiedendo che ne sia predisposto uno adeguato al Progetto ed ai bisogni della persona;
- nel caso di Progetto Individuale non rispondente ai bisogni dell'assistito, l'UVG ne predispone uno nuovo, che dà origine alla richiesta di redigere un nuovo PAI laddove si

confermi quale Progetto di RSA Aperta, oppure all'accompagnamento dell'assistito verso un Progetto di Residenzialità laddove non fosse confermabile il Progetto di RSA Aperta.

Qualora, in sede di controllo, l'UVG riscontri criticità inerenti alla documentazione (Diario RSA Aperta) oppure alla mancata erogazione di prestazioni previste dal PAI non motivata, le comunica per iscritto al Gestore della RSA e :

- alla Commissione di Vigilanza dell'ASL di competenza in cui è sita la RSA,

nel caso in cui la RSA abbia dato la sua disponibilità anche in Comuni in altra ASL e la criticità sia stata riscontrata nell'ASL non di competenza territoriale:

- all'UVG che ha in carico la persona.

14. VIGILANZA

Le prestazioni inerenti le RSA Aperta sono soggette alla vigilanza dell'ASL territorialmente competente. La Commissione di Vigilanza, nei sopralluoghi presso le RSA, verifica:

- la corretta copertura del fabbisogno delle figure professionali, in rapporto al fabbisogno complessivo della struttura considerando anche gli eventuali progetti aperti per conto di altre ASL;

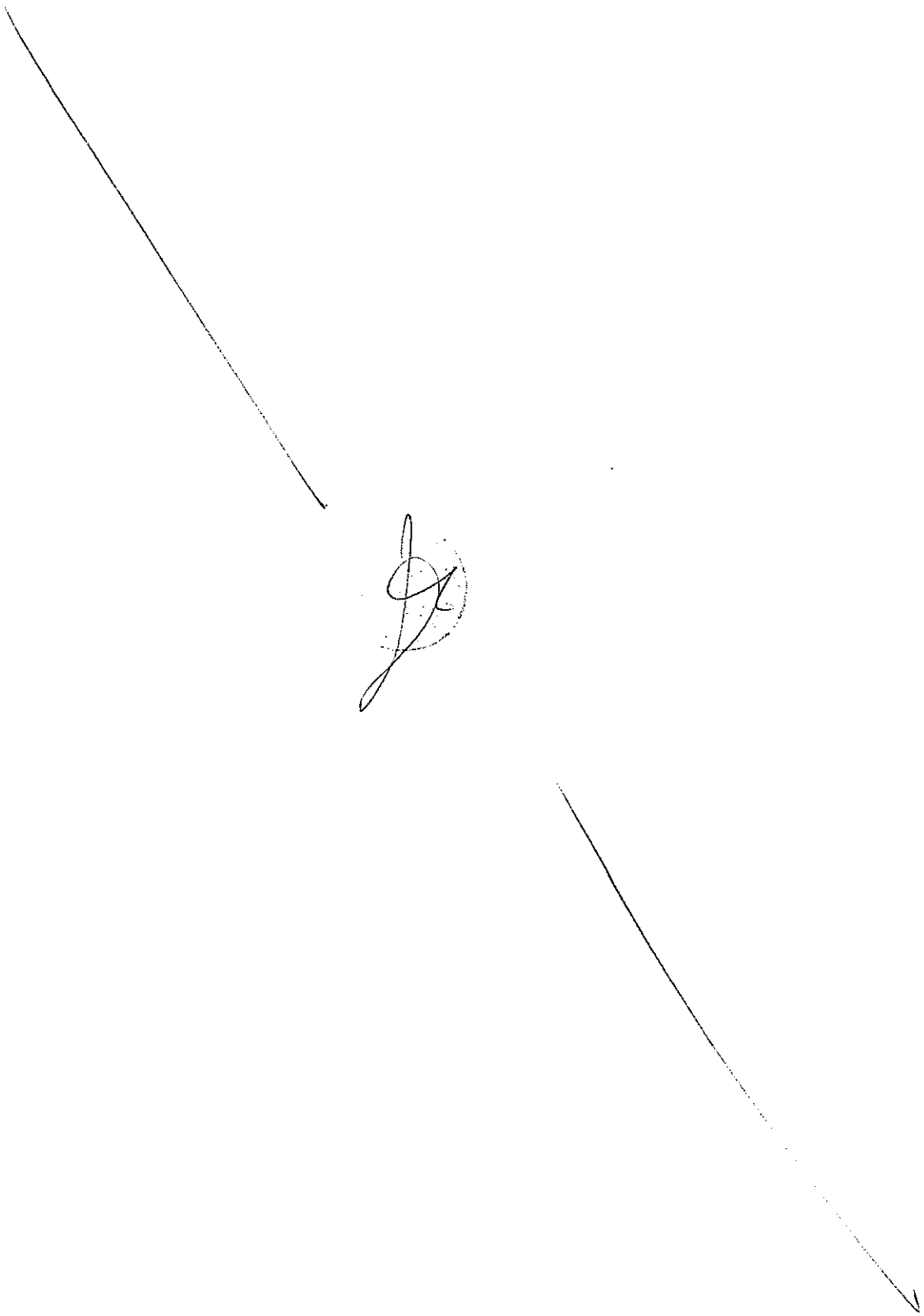
- il corretto assolvimento degli altri oneri a carico della struttura e precisati nel contratto stipulato con l'ASL.

La Commissione di Vigilanza ai fini di tale verifica si avvale degli strumenti previsti dai precedenti punti 8) e 9).

La Commissione di Vigilanza, nella valutazione degli adempimenti, deve tenere nel dovuto conto le eventuali segnalazioni pervenute dall'UVG della propria ASL e delle ASL che hanno progetti attivi con la struttura oggetto del sopralluogo.

Ulteriori controlli possono essere effettuati in relazioni agli adempimenti generali comunque previsti in materia di vigilanza dalla normativa nazionale e regionale.

E' comunque esclusa la possibilità della Commissione di Vigilanza di effettuare sopralluoghi presso il domicilio del beneficiario delle prestazioni.



Allegato B

Modulazione dell'offerta di Interventi a favore degli anziani non autosufficienti e definizione del Percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica.

La DGR n. 18-1326 del 20 aprile 2015 *"Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015"* amplia il ventaglio di possibilità di risposta alla condizione di non autosufficienza riconoscendo il valore della flessibilità e dell'integrazione degli interventi e del ruolo primario svolto dalla persona anziana e dalla sua famiglia nella individuazione della risposta più aderente alle proprie necessità.

In questo nuovo panorama di offerta risulta fondamentale il ruolo che svolge l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) nella definizione del profilo del bisogno sempre in relazione con le risorse dell'anziano e della sua famiglia, al fine di far emergere la risposta più adeguata e appropriata.

Per poter realizzare l'obiettivo di cui sopra è necessario integrare il sistema di valutazione multidimensionale sia sanitario sia sociale, già in essere con la DGR n. 42-8390 del 10 marzo 2008 e la DGR n. 69-481 del 2 agosto 2010.

La valutazione multidimensionale si compone infatti di una parte sanitaria e di una parte sociale, che sono funzionali alla redazione del profilo della persona anziana valutata.

La valutazione dell'UVG, quando evidenzia la presenza di condizioni di non autosufficienza necessitanti di intervento, ha come possibile esito interventi di natura residenziale, semiresidenziale e domiciliare.

Ai sensi della DGR n. 69-481/2010 le schede di valutazione sociale utilizzate per l'attribuzione del punteggio sono: la condizione abitativa, la condizione economica, la condizione famigliare e la condizione assistenziale.

1. PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI VALUTAZIONE

La persona interessata, o chi per essa, presenta la richiesta di valutazione all'UVG della ASL in cui è residente, compilata e sottoscritta in tutte le sue parti e corredata di impegnativa del Medico di Medicina Generale e della Scheda informativa sanitaria.

Le A.S.L., nell'accettare la richiesta di valutazione, devono accertare che la modulistica sia sottoscritta e che la richiesta sia corredata dell'impegnativa del Medico di Medicina Generale (MMG), dell'Informativa sanitaria ai sensi D.G.R. n. 14-5999/2013, dell'attestazione di richiesta del Modello ISEE e della copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU). Il rispetto delle modalità e dei tempi della valutazione multidimensionale è condizione necessaria per la presa in carico dell'anziano non autosufficiente e il successivo inserimento in graduatoria. Questo al fine di garantire che tutte le persone, ancorché in regime di ricovero ospedaliero o in continuità assistenziale vengano valutate interamente nella parte sociale, compresa la condizione economica, che concorre con le altre tre condizioni al punteggio sociale, nonché al punteggio complessivo e al relativo grado di priorità.

Per le persone sole in regime di ricovero ospedaliero o di continuità assistenziale che necessitano di una valutazione dell'U.V.G., è compito del Nucleo Ospedaliero della Continuità delle Cure (N.O.C.C.) o dell'Assistente Sociale del Servizio Sanitario Aziendale segnalare tale necessità al Nucleo Distrettuale della Continuità delle Cure (N.D.C.C.). Quest'ultimo procederà,

entro 5 giorni lavorativi, con la richiesta di valutazione dell'U.V.G., che procederà secondo le modalità e le tempistiche dettagliate di seguito.

Le A.S.L., nel comunicare l'esito della valutazione alla persona interessata, devono indicare in modo distinto i punteggi sanitario, sociale e complessivo, nonché il tipo di progetto e, se residenziale, il grado di priorità. Nel caso in cui la persona voglia richiedere una rivalutazione per motivi sanitari deve presentare apposita domanda, corredata dalla Scheda Informativa Sanitaria aggiornata che motivi la necessità di rivalutazione. Nel caso in cui voglia richiedere una rivalutazione sociale deve ripresentare la documentazione che attesti le mutate condizioni previste dalla scheda di valutazione sociale. Se necessita una rivalutazione sanitaria e sociale presenterà congiuntamente quanto sopra descritto.

2. ISEE – INDICATORE DELLA SITUAZIONE ECONOMICA EQUIVALENTE

L'ampliamento della rosa degli interventi, come previsto dalla DGR n. 18-1326/2015 e di seguito descritto, rende ancora più cogente il corretto e pieno utilizzo dei sistemi di valutazione omogenei su tutto il territorio regionale ivi compresa la condizione economica, in relazione alle doverose necessità di equità ed appropriatezza degli interventi.

Fra di essi rientra a pieno titolo l'ISEE, in attuazione del D.P.C.M. n. 159/2013 in applicazione dell'art. 5 della L. 201 del 6 dicembre 2011 , dove all'art. 2 comma 1 recita *"L'ISEE è lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate. La determinazione e l'applicazione dell'indicatore ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'art. 117 , secondo comma, lettera m), della Costituzione, fatte salve delle competenze regionali in materia di formazione, programmazione e gestione delle politiche sociali e socio-sanitarie e fermo restando le prerogative dei Comuni. In relazione a tipologie di prestazioni che per la loro natura lo rendano necessario e ove non diversamente disciplinato in sede di definizione dei livelli essenziali relativi alle medesime tipologie di prestazioni, gli enti erogatori possono prevedere, accanto all'ISEE, criteri ulteriori di selezione volti ad identificare specifiche platee di beneficiari, tenuto conto delle disposizioni regionali in materia e delle attribuzioni regionali specificamente dettate in tema di servizi sociali e socio-sanitari. E' comunque fatta salva la valutazione della condizione economica complessiva del nucleo famigliare attraverso l'ISEE."*.

La condizione economica costituisce uno dei quattro parametri della scheda di valutazione sociale (DGR n. 69-481/2010), della valutazione dell'UVG ed ha due valenze :

1. contribuisce a determinare il punteggio per l'inserimento nella graduatoria,
2. determina i livelli di attribuzione o meno della compartecipazione al costo della tariffa giornaliera da parte del cittadino/Comune/Ente Gestore delle funzioni socio-assistenziali.

Al fine garantire un trattamento uniforme su tutto il territorio piemontese in materia di disciplina della compartecipazione al costo delle prestazioni, si rimanda all'adozione degli atti regolamentari regionali di cui alla D.G.R. n. 10-881 del 12/01/2015.

Nelle more della definizione delle linee guida si ritiene opportuno, individuare, quale ISEE da considerare nel percorso di valutazione, l'ISEE socio-sanitario per le prestazioni socio-sanitarie , o, qualora non fosse ancora concluso l'iter per il riconoscimento dell'invalidità civile, l'ISEE ordinario; mentre, per l'accesso alla prestazione agevolata dell'integrazione della quota della retta residenziale a carico dell'utente, occorre considerare l'ISEE socio sanitario residenziale.

Al momento della presentazione della domanda di valutazione socio-sanitaria, la stessa deve essere corredata dell'attestazione di richiesta della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU), prevista dal suddetto DPCM n. 159/2013. La DSU è un documento che contiene le informazioni

di carattere anagrafico, reddituale e patrimoniale, necessarie a descrivere la situazione economica del nucleo famigliare per la richiesta di prestazioni sociali agevolate.

3. MODALITÀ E TEMPI DELLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE EFFETTUATA DALL'UVG

Risulta imprescindibile una rivisitazione delle modalità e dei tempi della valutazione multidimensionale effettuata dall'UVG, come segue:

1) la persona richiede una valutazione all'UVG - ai sensi della DGR 14-5999 del 25 giugno 2015 *"Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013 e adempimenti derivanti dal D.Lgs 14 marzo 2013 n. 33"* – compilando la "Richiesta di valutazione" e presenta, unitamente alla richiesta e all'impegnativa del Medico di Medicina Generale, la "Scheda informativa sanitaria" e l'attestazione di richiesta del Modello ISEE e la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU) o la dichiarazione per iscritto di rifiuto alla sua presentazione di questi ultimi due documenti (consapevole che in tal caso il punteggio della valutazione economica è pari a zero);

2) l'UVG, **entro 90** giorni dalla data di ricevimento della richiesta di valutazione, esegue la valutazione, sanitaria e sociale, utilizzando la "Cartella geriatrica", definisce la non autosufficienza e il Progetto Individuale concordato con l'interessato e la sua famiglia, che può essere uno dei seguenti:

   - Progetto di Residenzialità: si tratta di un progetto che prevede l'inserimento della persona presso una struttura residenziale per anziani non autosufficienti (Residenza Sociosanitaria Assistenziale – RSA) di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditata con il S.S.R.;

   - Progetto di Residenzialità Temporanea: si tratta di un Progetto con carattere di temporaneità che prevede l'inserimento della persona presso una struttura residenziale per anziani non autosufficienti (Residenza Sociosanitaria Assistenziale – RSA) di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditata con il Servizio Sanitario Regionale (SSR);

   - Progetto di Residenzialità Temporanea per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze (Nucleo Alzheimer Temporaneo): si tratta di un Progetto con carattere di residenzialità temporanea in un Nucleo Alzheimer Temporaneo, che è destinato a persone affette da demenza di grado moderato-severo con gravi disturbi comportamentali o severi sintomi psichici di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditato con il Servizio Sanitario Regionale (SSR);

   - Progetto di RSA Aperta: si tratta di un Progetto residenziale che prevede interventi flessibili sanitari (infermiere, fisioterapista, logopedista, ecc) e di assistenza tutelare (OSS), erogati al domicilio dalle Residenze Sanitarie Assistenziali per anziani non autosufficienti di cui alla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR), al fine di agevolare il mantenimento della persona al domicilio, fornendo supporto alla famiglia, come descritto nell' Allegato A del presente provvedimento;.

   - Progetto di Semiresidenzialità: si tratta di un Progetto che prevede l'inserimento diurno della persona in strutture socio-sanitarie (Centri Diurni) di cui alla D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditate con il Servizio

Sanitario Regionale (SSR), al fine di agevolare il mantenimento della persona al domicilio, fornendo supporto alla famiglia;

- Progetto di Semiresidenzialità per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze : si tratta di un Progetto che prevede l'inserimento diurno della persona in strutture socio-sanitarie (Centri Diurni Alzheimer Integrati o Centri Diurni Alzheimer Autonomi) di cui alla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR), al fine di agevolare il mantenimento della persona al domicilio, fornendo supporto alla famiglia;

- Progetto di Domiciliarità: si tratta di un Progetto che prevede l'impiego di figure assistenziali di supporto presso il domicilio della persona, al fine di agevolare il mantenimento delle funzioni essenziali di vita, dandone supporto alla famiglia;

3) l'UVG informa, tramite lettera raccomandata con ricevuta di ritorno, l'esito della valutazione indicando: la tipologia di progetto individuato, il punteggio distinto della valutazione sanitaria e sociale, nonché il grado di priorità di cui alla D.G.R. 14-5999 del 25 giugno 2013.

4. CAMBIO DI RESIDENZA

Qualora, dopo la presentazione di richiesta di valutazione, la persona interessata, cambi residenza e questo comporti anche cambio di ASL di appartenenza, (analogamente, in caso di cambio di indirizzo nell'ambito del Comune di Torino, che comporti anche il cambio di ASL di residenza tra le due ASL torinesi), deve comunicare per iscritto il cambio di residenza, **entro 15 giorni** dalla data di richiesta di cambio di residenza(/indirizzo per Torino), alla nuova ASL di residenza.

Sulla base della data di comunicazione del cambio di residenza rispetto all'iter di valutazione si potranno avere i seguenti casi a) e b):

a) Nel caso in cui non sia stata effettuata o completata la valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza considererà valida la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:

- Il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

L'UVG dell'ASL di nuova residenza procederà quindi ad effettuare la valutazione socio-sanitaria.

b) Nel caso in cui la persona interessata abbia già ricevuto l'esito della valutazione multidimensionale, l'UVG dell'ASL di nuova residenza deve considerare valida:

- la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria, ossia:
  - il modulo di presentazione di richiesta di valutazione;

- l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
- la Scheda Informativa Sanitaria;
- l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
- la copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);

• la data di valutazione dell'UVG dell'ASL di provenienza.

Deve essere rinnovata la valutazione sociale, salvo i casi per i quali il cambio di indirizzo è avvenuto all'interno del Comune di Torino e comporta il passaggio di competenza tra l' ASLTO1 e l'ASL TO2.

A seguito della nuova valutazione sociale l'UVG dell'ASL di nuova residenza procede a definire la priorità di accesso ai sensi della D.G.R. n. 14-5999/2013.

Fase transitoria

c) Per i casi in cui alla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione del presente atto deliberativo è già stata effettuata la valutazione e comunicato in forma scritta l'esito della stessa all'interessato e questi abbia cambiato residenza senza comunicarlo all'UVG dell'ASL di nuova residenza, quest'ultima richiederà all'ASL di provenienza la seguente documentazione considerandola valida:

• la documentazione presentata di corredo alla domanda di valutazione socio-sanitaria:
  - modulo di presentazione di richiesta di valutazione;
  - l'impegnativa del Medico di Medicina Generale;
  - la Scheda Informativa Sanitaria;
  - l'attestazione di richiesta del Modello ISEE;
  - copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU);

• la data di valutazione dell'UVG dell'ASL di provenienza.

Deve essere rinnovata la valutazione sociale, salvo i casi per i quali il cambio di indirizzo è avvenuto all'interno del Comune di Torino e comporta il passaggio di competenza tra l' ASLTO1 e l'ASL TO2.

A seguito della nuova valutazione sociale l'UVG dell'ASL di nuova residenza procede a definire la priorità di accesso ai sensi della D.G.R. n. 14-5999/2013.

Per i casi in cui alla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione del presente atto deliberativo è già stata effettuata la valutazione e comunicato in forma scritta l'esito della stessa all'interessato e questi abbia acquisito o acquisca una nuova residenza presso una struttura residenziale:

- entro 30 giorni, il "Responsabile della struttura", in qualità di "Capo convivenza",deve comunicare all'UVG della ASL di competenza il cambio di residenza.

Per tutti i casi sopra elencati la presa in carico e i relativi oneri del costo della quota sanitaria sono a carico dell'ASL di nuova residenza.

Per i cittadini piemontesi che scelgono una struttura fuori regione Piemonte, l'ASL che ha predisposto l'inserimento continuerà la presa in carico sostenendo una spesa non eccedente a quella prevista dal piano tariffario dalla D.G.R. n. 85-6287/2013 e s.m.i., fermo restando che ogni

variazione di intensità proposta dalla RSA deve essere corredata da una relazione sanitaria, che attesti le mutate condizioni dell'anziano, e dal PAI; l'UVG dell'ASL piemontese deve valutare la congruità della proposta entro 60 giorni dalla data di ricevimento della richiesta e darne relativa risposta.

I cittadini provenienti da altre Regioni che scelgono una struttura residenziale o semiresidenziale ubicata nel territorio piemontese, e sono già in carico all'ASL della Regione di provenienza, nel caso in cui quest'ultima non ritenga più suo dovere mantenere la responsabilità progettuale ed economica dell'intervento, devono seguire l'iter di valutazione dell'UVG ai sensi della normativa vigente della Regione Piemonte. Il richiedente deve essere informato che l'esito della valutazione multidimensionale potrebbe essere difforme da quello della Regione di appartenenza.

5. PROCEDURE DI TRASMISSIONE DELLA DOCUMENTAZIONE TRA LE UVG E RELATIVE INTERRUZIONI DEI TERMINI DEL PROCEDIMENTO

A seguito della comunicazione del cambio di residenza da parte dell'interessato, le UVG di competenza provvederanno alla trasmissione informatizzata diretta delle comunicazioni e della documentazione, senza la mediazione della persona interessata o dei suoi familiari.

La persona interessata, in caso di omessa comunicazione entro 15 giorni dalla richiesta di cambio di residenza anagrafica, deve ripresentare alla ASL di nuova residenza una nuova Richiesta di valutazione, corredata da una nuova l'impegnativa del Medico di Medicina Generale, da una nuova Scheda Informativa Sanitaria, l'attestazione di richiesta del Modello ISEE e copia della Dichiarazione Sostitutiva Unica (DSU).

Entro 5 giorni lavorativi dalla data di comunicazione di cambio di residenza (o di indirizzo nell'ambito del Comune di Torino che comporti anche il cambio di ASL di residenza tra le due ASL torinesi), l'ASL di nuova residenza chiederà la trasmissione telematica della documentazione all'ASL di provenienza, la quale, individuato il caso tra i precedenti punti a), b), o c), provvederà ad inviarla **entro 5 giorni lavorativi.**

Per il caso a) i 90 giorni previsti per la valutazione ripartono dalla data di ricevimento della documentazione da parte dell'UVG della nuova ASL di residenza.

Per i casi b) e c), dove è prevista una nuova valutazione sociale, l'UVG provvederà al completamento della valutazione, comprensiva della priorità d'accesso che ne risulta, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.

I termini di risposta previsti dalla priorità di accesso, prorogati dei 30 giorni relativi al completamento della valutazione, decorrono dalla data di valutazione dell'UVG dell'ASL di provenienza.

6. REVISIONE DEL SETTING ASSISTENZIALE

L'anziano non autosufficiente, per il quale è stato individuato uno dei Progetti di Residenzialità o Semiresidenzialità o Domiciliarità ed è in graduatoria, può richiederne la revisione per il passaggio da un setting assistenziale ad un altro, ripresentando la domanda di valutazione all'UVG ai sensi del presente provvedimento, utilizzando la modulistica predisposta dalla Regione; dalla data di presentazione di revisione del Progetto decorrono i 90 giorni per l'iter di valutazione e, solamente per i Progetti di Residenzialità, dalla nuova data di valutazione decorrono i termini previsti dalla suddetta DGR n.14-5999/2013.

Per l'anziano non autosufficiente, per il quale è attivo un Progetto di Residenzialità o Semiresidenzialità o Domiciliarità, l'UVG, qualora evidenzi la necessità in sede di monitoraggio,

procede d'ufficio alla rivalutazione della persona e, nel caso in cui individui l'esigenza di un altro Progetto più appropriato, ne concorda con la persona interessata e la sua famiglia, ove presente, la sua attivazione, entro il termine di 90 giorni, fermo restando che il progetto in corso continua fino all'attivazione di quello nuovo.

Per progetti residenziali e semiresidenziali l'anziano non autosufficiente nel momento della presa in carico da parte dell'ASL di residenza, esercita la libertà di scelta della struttura. L'ASL che ha predisposto l'inserimento in nucleo RSA accreditato assume gli oneri del costo della quota sanitaria della retta anche nel caso in cui l'anziano cambi residenza in altra ASL. Fanno sempre capo all'ASL, che ha predisposto l'inserimento, le attività di monitoraggio del Piano Assistenziale Individuale e il debito informativo ministeriale DM 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali (FAR)" ai sensi della DGR n. 69-481/2010.

Qualora una persona è in carico al DSM o alle Dipendenze Patologiche o alla UMVD, il raggiungimento della fascia d'età dei 65 anni e/o una riduzione del livello di autosufficienza non deve comportare una richiesta automatica di Valutazione dell'UVG finalizzata alla presa in carico come anziano non autosufficiente, in quanto l'età anagrafica non determina il venir meno delle caratteristiche cliniche e patologiche della persona.

Nel caso in cui il DSM o il Servizio delle Dipendenze Patologiche o l'UMVD ipotizzi che la persona in carico in struttura residenziale o al domicilio sia "assimilabile" ad anziano non autosufficiente, deve inoltrare formale richiesta, a firma del Responsabile, di valutazione UVG corredandola con la "Scheda Informativa Sanitaria" compilata dal MMG o dal Medico Curante del Servizio.

La Valutazione Multidimensionale deve essere effettuata congiuntamente con il Servizio proponente con le modalità, la tempistica e gli strumenti di valutazione sanitaria e sociale propri della valutazione della persona anziana in base alla normativa regionale vigente. Nel caso in cui la valutazione riconosca l'assimilabilità ad anziano non autosufficiente, il Progetto Assistenziale e il monitoraggio dello stesso deve essere fatto congiuntamente tra Servizio Proponente ed UVG. Se l'esito della valutazione congiunta evidenzia il persistere della prevalenza della patologia psichiatrica e/o della dipendenza o della disabilità, la persona resta in carico al Servizio presso cui già afferiva.

Nel caso in cui l'UVG effettui Valutazioni Multidimensionali su richiesta dei Nucleo AntiSofisticazione (NAS) e/o della Struttura organizzativa dell'ASL competente in materia di Vigilanza e ravvisi situazioni che richiedono, al momento della valutazione, interventi sanitari e/o socio-assistenziali a favore dell'ospite/i, l'UVG deve comunicare in forma scritta ai NAS e/o alla Struttura organizzativa dell'ASL competente in materia di Vigilanza, nonché al MMG, l'appropriatezza o l'inappropriatezza della collocazione o del livello di assistenza erogato rispetto ai bisogni sanitari e assistenziali emersi.

La Struttura organizzativa dell'ASL competente in materia di Vigilanza, a seguito di comunicazione dell'UVG attestante l'inappropriatezza della collocazione o del livello di assistenza erogato rispetto ai bisogni sanitari e assistenziali emersi, e quindi la necessità di trasferire/dimettere degli ospiti da una struttura residenziale, procederà ad impartire al titolare dell'autorizzazione al funzionamento della struttura stessa, dandone contestuale comunicazione all'UVG, di provvedere entro un congruo termine:

- al ripristino ad operare nel pieno rispetto di quanto autorizzato,
- di porre in atto gli adeguamenti immediatamente applicabili,
- di verificare che siano messe in atto le opportune iniziative per l'assistenza e la tutela delle persone interessate.

7. DISPOSIZIONI RELATIVE ALLA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE SANITARIA

Nel caso in cui l'A.Di.Co. sia positivo in uno o più item dal 4 al 10, è necessario, per affinare la valutazione dei disturbi comportamentali, completare il quadro valutativo con la somministrazione della Neuropsychiatry Inventory (NPI) di CummningsJL, Mega M., Gray K. Nel caso in cui il punteggio complessivo dell'NPI sia eguale o maggiore a 24 o raggiunga in un singolo disturbo (ad eccezione di apatia e depressione) un punteggio non inferiore a 12 è opportuno che l'UVG valuti e proponga la possibilità di un Progetto di residenzialità in un Nucleo Alzheimer Temporaneo o la frequenza in un Centro Diurno Alzheimer.

Ai sensi della DGR n. 14-5999 del 25 giugno 2013 la persona viene riconosciuta non autosufficiente con una valutazione sanitaria data dalle cinque scale (Indice di Barthel, IADL, SPMSQ, A.Di.Co, DMI) pari o superiore a 5 punti, ciò a prescindere dal progetto di residenzialità o domiciliarità che l'UVG determina. Al di sotto di tale valore la persona è da considerarsi autosufficiente.