

Codice A15100

D.D. 16 gennaio 2015, n. 9

D.G.R.n.39-640 del 24.11.2014 - Programma attuativo "Progetto di continuita' assistenziale per i pazienti con la SLA ed altre malattie del motoneurone e le loro famiglie" per l'anno 2014. Assegnazione risorse e revisione dei livelli di stadiazione dal 1 gennaio 2015. - Adozione modulistica.

Vista la D.G.R. n. 39-640 del 24.11.2014 “Programma attuativo “Progetto di continuità assistenziale per i pazienti con la SLA e altre malattie del motoneurone e le loro famiglie” per l’anno 2014. Assegnazione risorse e revisione dei livelli di stadiazione dal 1 gennaio 2015.”;

considerato che, con l’allegato A “Modalità di assegnazione dei contributi” e l’allegato B “Tabella di valutazione clinica per la SLA” parte integrante e sostanziale della citata deliberazione, sono stati approvati i criteri necessari ai fini dell’attuazione del programma attuativo;

visto che la D.G.R. n. 39-640 del 24.11.2014 demanda al Dirigente del Settore “Programmazione socio-assistenziale, Integrazione Socio-Sanitaria e rapporti con gli Enti Gestori Istituzionali” l’adozione dei modelli relativi alla richiesta del contributo, alla certificazione della stadiazione ed all’attribuzione della fascia di intensità e del relativo importo assegnato;

dato atto che la D.G.R. n. 39-640 del 24.11.2014 ha stabilito che la valorizzazione dei contributi derivante dall’applicazione dei nuovi criteri entrerà in vigore per i casi che verranno presi in carico a partire dal 1° gennaio 2015, fermo restando il mantenimento dei diritti acquisiti da parte di coloro che già beneficiano del contributo secondo le modalità approvate precedentemente, almeno fino ad un loro eventuale passaggio ad un livello di stadiazione successivo;

ritenuto, pertanto, di adottare la seguente modulistica:

- Allegato C: Richiesta di contributo economico a sostegno della domiciliarità e/o di ricovero di sollievo;
- Allegato D: Certificazione di Stadiazione;
- Allegato E: Attribuzione della fascia di intensità e relativo importo assegnato.

Tutto ciò premesso,

IL DIRIGENTE

- visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- vista la legge regionale 8.1.2004, n. 1, “Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento”,
- visto l’art. 16 della legge regionale 28 luglio 2008, n. 23 “Disciplina dell’organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale”;
- vista la D.G.R. n. 39-640 del 24.11.2014 “Programma attuativo “Progetto di continuità assistenziale per i pazienti con la SLA e altre malattie del motoneurone e le loro famiglie” per l’anno 2014. Assegnazione risorse e revisione dei livelli di stadiazione dal 1 gennaio 2015.”;

determina

- di adottare, ai fini dell'attuazione del programma "Progetto di continuità assistenziale per i pazienti con la SLA e altre malattie del motoneurone e le loro famiglie", la seguente modulistica facente parte integrante del presente provvedimento, a partire dal 1 gennaio 2015:

- Allegato C: Richiesta di contributo economico a sostegno della domiciliarità e/o di ricovero di sollievo;
- Allegato D: Certificazione di Stadiazione;
- Allegato E: Attribuzione della fascia di intensità e relativo importo assegnato.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni dalla data di comunicazione o piena conoscenza dell'atto, ovvero ricorso 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 determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010, e sul sito della Regione Piemonte – sezione Amministrazione Trasparente – ai sensi dell'art. 26 del Decreto Legislativo n. 33/2013.

Il Dirigente
Sergio Di Giacomo

Allegato

Al Distretto Sanitario di _____
dell'Azienda Sanitaria Locale _____

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ tel. _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

in qualità di: diretto interessato tutore amministratore di sostegno

chiede

- contributo economico a sostegno della domiciliarità per le persone adulte affette da SLA e da altre malattie del motoneurone
- ricovero temporaneo in struttura residenziale

ai sensi della D.G.R.

SE LA DOMANDA NON È PRESENTATA DAL DIRETTO INTERESSATO

IL SIG./ LA SIG.RA _____

in qualità di:

- convivente (specificare)
- prossimo congiunto (specificare grado di parentela)
- altro(specificare)

chiede

- contributo economico a sostegno della domiciliarità per le persone adulte affette da SLA e da altre malattie del motoneurone
- ricovero temporaneo in struttura residenziale

ai sensi della D.G.R.....

a favore di

Sig./ra _____

nato/a _____ il ____/____/____

residente a _____ Cap. _____

Via/Piazza _____ n° _____ tel. _____

Codice fiscale _____

Medico di Medicina Generale: _____ tel. _____

A tal fine:

- *Consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro ai sensi dell'art.76, D.Lgs. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, formazione od uso di atti falsi, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla presente dichiarazione ai sensi dell'art. 75 del suddetto D. Lgs.*
- *Informato, ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003, che i dati personali volontariamente forniti, necessari per l'istruttoria della pratica, sono trattati, anche facendo uso di elaboratori, al solo fine di consentire l'attività di valutazione ; i dati saranno comunicati solo all'interessato o ad altri soggetti di cui all'art. 84 del citato D.Lgv. 196/2003, oltre che ad altri enti pubblici per fini connessi e compatibili con le finalità della presente domanda, ma non saranno diffusi. Il soggetto può esercitare i diritti di conoscere, integrare e aggiornare i dati personali oltre che opporsi al trattamento per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ufficio di segreteria del Distretto sanitario.*

COMUNICA CHE

Il/la suddetto/a Sig./Sig.ra _____

riceve o ha ricevuto interventi da

Servizio sanitario	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale
Servizio sociale	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	Quale

Allega alla presente domanda la Certificazione di Stadiazione predisposta dal Centro Esperto SLA dell'Azienda Universitaria Ospedaliera _____.

CHIEDE CHE

eventuali comunicazioni al riguardo siano inviate al seguente recapito:

Sig./Sig.ra _____

Via / piazza _____

Comune _____ CAP _____

CONSENSO

Ricevuta l' informativa e consapevole delle modalità e finalità del trattamento, ai sensi degli articoli 81 e 82 Codice Privacy 2003, presto il consenso al trattamento dei dati personali, anche sensibili.

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

(Timbro e Firma dell'operatore che riceve la
domanda)

N.B. In caso di variazione di domicilio o rinuncia, deve essere data tempestiva comunicazione alla segreteria del Distretto Sanitario al seguente numero telefonico _____

CENTRO ESPERTO SLA

Azienda Ospedaliera Universitaria.....

CERTIFICAZIONE STADIAZIONE SLA

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov _____

via/piazza _____ n° _____ telefono _____

C.F. _____

Codice ICD IX CM patologia principale (*):
Codice ICD IX CM patologie concomitanti (*):
Codice ICD IX CM patologie concomitanti (*):

(*) che determina la maggiore ricaduta funzionale

Valutazione stadiazione SLA						
FUNZIONI		LIVELLO 1	LIVELLO 2	LIVELLO 3	LIVELLO 4	PUNTI
RESPIRAZIONE		Dispnea in attività fisiche moderate 2	Dispnea in attività fisiche minimali 4	Dispnea a riposo, necessita di NIV intermittente e/o notturna 15	Dipendenza assoluta dal ventilatore (tracheo o NIV > a 16 h die) 20	
NUTRIZIONE	DEGLUTIZIONE	Disfagia occasionale o sporadica 2 OPPURE	Disfagia con necessità di modifiche nella dieta 4 OPPURE	Necessità di alimentazione enterale adiuvata 10 OPPURE	Alimentazione solo parenterale o enterale 16 OPPURE	
FUNZIONI		LIVELLO 1	LIVELLO 2	LIVELLO 3	LIVELLO 4	PUNTI
	ALIMENTARSI	Si alimenta da solo, necessita di aiuto saltuario per la preparazione del cibo 0	Necessita di aiuto saltuario per la preparazione del cibo e nell'alimentarsi 2	Necessita di aiuto per la preparazione del cibo e nell'alimentarsi 6	Dipendenza nell'alimentazione per un pasto completo 8	
COMUNICAZIONE	PAROLA	Disturbo lieve con linguaggio comprensibile 1 E	Disturbo moderato con linguaggio talora difficilmente comprensibile 2 E	Disturbo grave con linguaggio incomprensibile 3 E	Incapacità a comunicare verbalmente 4 E	
	SCRITTURA	Rallentata e/o imprecisa ma comprensibile 1	Rallentata ed imprecisa, talora difficilmente comprensibile 2	Perdita della capacità di scrivere a mano con mantenimento della firma 3	Perdita totale della capacità di scrivere anche su tastiera 6	
MOTRICITÀ	DEAMBULAZIONE / SPOSTAMENTI	Autonoma ma rallentata, con rischio di caduta, faticosa o con minor resistenza; difficoltà di utilizzo dei mezzi pubblici e/o in ambiente esterno 1 E	Necessità di sorveglianza o ausili per deambulare; necessita di aiuto per spostamenti con mezzi pubblici o in esterno 2 E	Deambulazione possibile in autonomia con ausili solo in ambiente senza barriere; non in grado di utilizzare mezzi pubblici 3 E	Deambulazione solo per pochi passi non funzionale per spostamenti; dipendenza da una persona per spostarsi 5 E	
	PASSAGGI POSTURALI	Autonomo ma rallentato 0	Autonomo ma con difficoltà 1 E	Necessità di aiuto saltuario o rischio di caduta 2 E	Dipendenza da una persona per la maggior parte dei passaggi 5 E	

	LAVARSI / CURA DI SÈ / TOILETTE	Autonomo con difficoltà 1	Necessità di aiuto saltuario / uso di ausili o necessità di aiuto costante solo in specifiche attività 2 E	Necessità di aiuto parziale nella maggior parte delle attività 3 E	Dipendenza da una persona 5 E	
	VESTIRSI	Autonoma ma imprecisa e difficoltosa 1	Non sempre autonoma e con necessità di assistenza occasionale 1	Necessità di assistenza subcontinua 3	Dipendenza totale da una persona 5	
TOTALE:						

LIVELLO DI INTENSITA' ASSISTENZIALE

LIVELLO di STADIAZIONE	PUNTEGGIO	Livello di Intensita'assistenziale
0 iniziale	0 - 4	0
1 lieve-moderato	5 - 9	1 bassa
2 moderato	10 - 14	2 moderata
3 medio	15 - 19	3 media
4 grave	≥ 20	4 medio-alta
5 completo	≥ 20	5 alta

Prima valutazione

Rivalutazione

Note:

.....

.....

.....

Luogo e data _____

Firma e timbro del compilatore _____

Distretto Sanitario di _____
Azienda Sanitaria Locale _____

**Definizione dell'intensità assistenziale
per il contributo economico a sostegno della domiciliarità
per persone adulte affette da SLA e da altre malattie del
motoneurone**

ai sensi della D.G.R. n.....del.....

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ Prov. _____

Via/piazza _____ n° ____ tel. _____

C.F. _____

	5 - 9	10 - 14	15 - 19	≥ 20	≥ 20
	Bassa intensità	Moderata intensità	Media intensità	Medio-alta intensità	Alta intensità
Esito Certificazione di Stadiazione					

L'attribuzione ad una fascia di intensità assistenziale non può essere formulata esclusivamente in base a rigidi schemi predefiniti, quali quelli desunti dall'applicazione di test e scale di valutazione, in quanto questi ultimi sono strumenti di sostegno alla valutazione clinico – diagnostica della ricaduta funzionale della cronicità.

Il Distretto ha la facoltà di attribuire una fascia di intensità diversa da quella desunta dagli strumenti di valutazione, qualora lo reputi necessario e precisandone le motivazioni.

Motivazione

.....

.....

.....

.....

	5 - 9	10 - 14	15 - 19	≥ 20	≥ 20
	Bassa intensità	Moderata intensità	Media intensità	Medio-alta intensità	Alta intensità
Contributo	440,00 euro	1.000,00 euro	1.400,00 euro	1.650,00 euro	2.000,00 euro

Barrare il valore del contributo economico mensile attribuito.

Prima valutazione **Rivalutazione**

Assegnazione:

.....

.....

Il Responsabile _____

Firma per accettazione _____

Luogo e Data _____