

APPROVAZIONE DEL PROTOCOLLO D'INTESA PER LA PIENA ATTUAZIONE DELLA D.G.R. 51-11389 DEL 23/12/2003 IN MATERIA DI APPLICAZIONE DEI L.E.A. ALL'AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA E DEL RELATIVO ACCORDO DI PROGRAMMA TRA ASL ED ENTI GESTORI – ISTITUZIONE DELL'UNITA' VALUTATIVA MINORI (U.V.M.)

Premessa

La legislazione nazionale e regionale afferma univocamente, per un verso, il dovere della comunità locale di promuovere la maggior integrazione sociale della persona disabile nel proprio contesto di vita e, per altro verso, la necessità che i servizi sanitari e sociali operino in stretta sinergia, in ragione del fatto che azioni integrate e sinergiche producono interventi più funzionali per le esigenze della persona, con particolare riguardo per coloro che vivono condizioni difficili e complesse per le quali risultano necessarie risposte di servizio integrate tese ad evitare la frammentazione degli interventi e la dispersione di risorse ed energie.

L'impegno assume particolare rilevanza e cogenza nel caso di minori in stato di disabilità o di grave sofferenza psicosociale, che costituisce una condizione particolarmente delicata e complessa proprio perché caratterizzata dal fatto che gli stessi attraversano un percorso evolutivo all'interno del quale risulta necessario permettere e sostenere lo sviluppo delle maggiori abilità possibili. Risulta pertanto irrinunciabile evitare e prevenire modalità di intervento che tendano a stabilizzare la cronicità, la dipendenza e il mero assistenzialismo; modalità che hanno dimostrato nel passato di produrre risultati scarsamente positivi – quando non controproducenti in relazione ai bisogni dell'utente e del nucleo familiare – non solo per le persone interessate, ma anche per i servizi sociali e sanitari che sono risultati gravati dall'onere di risposte rivelatesi scarsamente appropriate e non efficaci e, per conseguenza, inutilmente costose per il sistema dei servizi.

L'Accordo di Programma, stipulato tra l'ASL TO3 e gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali ad essa afferenti, "finalizzato all'applicazione della D.G.R. 51 – 11389 del 23.12.2003 "D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all'area dell'integrazione socio – sanitaria" definisce, all'art. 8, l'articolazione dei servizi e degli interventi socio-sanitari per le persone con disabilità, individuando obiettivi comuni, metodologie e strumenti di lavoro integrato, organizzazione delle attività, risorse professionali messe a disposizione dagli Enti contraenti, ripartizione degli oneri a carico dei contraenti.

L'allegato C dell'Accordo stesso, che reca "Protocollo relativo all'articolazione dei servizi e degli interventi socio-sanitari per le persone con disabilità" ha consentito di meglio definire il bacino di utenza, il percorso amministrativo e gli strumenti operativi, con particolare riferimento alla Commissione Valutativa (UVAP) e al Nucleo Interdisciplinare per la Disabilità (NID).

Gli Enti Gestori e l'ASL TO3, considerato che, ad oggi, gli impegni assunti con la sottoscrizione del citato Accordo hanno trovato piena attuazione ad eccezione della tipologia di utenza denominata "minori con situazioni psico-sociali anomale associate a sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali (ICD10)", concordano sulla necessità di dare compiutezza al percorso attuato attraverso la definizione di uno specifico protocollo d'intesa finalizzato ad assicurare l'integrazione degli interventi socio-sanitari, nonché modalità operative per la presa in carico dei minori in condizione di disabilità o di grave sofferenza psicosociale.

Resta inteso che, per quanto attiene gli interventi a favore di soggetti adulti disabili, rimangono competenti la Commissione UVAP ed il relativo NID.

Art. 1

Oggetto

Il presente protocollo d'intesa è relativo all'applicazione dei LEA nell'area dei minori disabili, con riferimento a:

1. soggetti minori affetti da patologie croniche invalidanti, che determinano notevoli limitazioni della loro autonomia;
2. soggetti minori colpiti da minorazione fisica;
3. soggetti minori colpiti da minorazione di natura intellettuale e/o fisica, anche associata a disturbi del comportamento e relazionali non prevalenti, in genere non inseribili nel mondo del lavoro;
4. minori con situazioni psicosociali anomale associate a sindromi e disturbi comportamentali ed emozionali (ICD 10), fatti salvi gli interventi di esclusiva competenza sanitaria.

Sono valutati con disabilità:

A- grave e/o gravissima:

- 1- minori con declaratoria di invalidità Medico-Legale con riconoscimento della indennità di accompagnamento Legge 18/80 (non in grado di deambulare autonomamente - non in grado di eseguire i comuni atti della vita quotidiana);
- 2- minori in condizioni di gravità, ai sensi della Legge 104/92 art.3 comma 3 (commissione integrata da specialista nella patologia e da assistente sociale), giudizio globale Medico-Sociale.

B- moderata lieve:

- 1- minori con verbale Medico-Legale e/o declaratoria di invalidità ai sensi della Legge 289/90: minori con difficoltà persistenti a svolgere i compiti e/o le funzioni di un soggetto di pari età (indennità di frequenza) oppure in possesso dei requisiti della legge 104/92 art. 3 comma 1, senza connotazioni di gravità;
- 2- minori per i quali sia stata attivata la sola procedura di diagnosi funzionale (art.12 e 13 Legge 104/92) ai sensi della Circolare Regionale 11 SAP;

C- disturbi relazionali:

- 1- minori con patologie e disturbi che rientrano nell'ambito ICD10, di cui all'allegato 1, indipendentemente dalla coincidenza con l'asse 5.

Il protocollo d'intesa riguarda i minori residenti o con domicilio sanitario temporaneo presso l'ASL TO3, ad esclusione dei minori che abbiano già un progetto attivato da altro territorio.

Art. 2

Metodologie e strumenti di lavoro integrato

Lo strumento operativo garante dell'attività integrata è costituito dall'Unità di Valutazione Minori (UVM), in considerazione della specificità connessa alle problematiche dei minori rispetto a quelle degli adulti: è particolarmente significativo porre attenzione mirata agli aspetti di criticità che caratterizzano l'età evolutiva nonché, conseguentemente, mettere in atto interventi in grado di garantire il più funzionale ed armonico sviluppo delle potenzialità individuali.

L'UVM è formata da rappresentanti dei servizi sociali e sanitari che valutano gli interventi da realizzare, caso per caso, a favore dei minori;

L'UVM ha il compito di valutare e validare il Progetto Assistenziale / Educativo Integrato individualizzato (PAI / PEI), predisposto dagli operatori sanitari e sociali, dal quale discende la presa in carico integrata tra le componenti sanitaria e sociale, ciascuna delle quali mantiene la titolarità e la responsabilità in ordine alle prestazioni di rispettiva competenza.

Il progetto assistenziale / educativo integrato (PAI / PEI) costituisce lo strumento per la valutazione della condizione socio-sanitaria e dei bisogni individuali dei minori, per la definizione degli interventi socio-sanitari integrati, per il monitoraggio dei risultati e degli esiti, per la valutazione della compatibilità finanziaria degli interventi previsti. Il PAI / PEI è formulato dall'equipe degli operatori socio-sanitari che assicurano gli interventi a favore del minore e del nucleo familiare.

Il presente protocollo d'intesa disciplina dunque il funzionamento dell'Unità di Valutazione dei soggetti minorenni già definiti disabili secondo la precedente nomenclatura, residenti nel territorio dell'ASL TO3.

L'organizzazione del servizio da erogare coinvolge l'Unità di Valutazione, i Distretti Sanitari dell'A.S.L. TO3 e gli Enti Gestori delle Funzioni Socio - Assistenziali operanti nei Distretti medesimi, oltre che naturalmente i Servizi Sociali e Sanitari titolari dell'intervento nei confronti dei soggetti disabili minori.

Al fine di semplificare l'accesso alle prestazioni previste dalle leggi e dalle normative vigenti da parte dei soggetti aventi diritto, e di promuovere la predisposizione di un progetto individuale partecipato e coerente, nelle varie fasi e nei vari ambiti della vita, l'UVM assume le funzioni di Unità Multidisciplinare per l'integrazione scolastica degli alunni disabili (U.M.), istituita in base alla Circolare della Regione Piemonte n. 11 SAP, del 10/04/1995, le cui attività e le cui competenze vengono pertanto completamente ricondotte alla UVM medesima.

L'ASL e gli Enti gestori assumono l'iniziativa di promuovere periodicamente incontri interistituzionali per coordinare ed armonizzare i propri interventi, programmi e risorse.

In tal modo è possibile dare più efficacemente attuazione agli accordi di programma stipulati tra ASL, Enti Gestori e tutti gli altri soggetti istituzionali coinvolti, ai sensi dell'art. 34 del D. Lgs. 18/8/2000 n. 267, e in attuazione della Legge 5 febbraio 1992, n. 104 e s.m.i., e produrre un progetto correttamente articolato tra gli interventi previsti in sede scolastica e quelli a cui il minore accede negli altri ambiti di vita.

Art. 3

Compiti e competenze dell'U.V.M.

L'U.V.M. assume i seguenti compiti e competenze:

- valutazione multidisciplinare e multidimensionale della situazione intellettuale, psichica generale e fisica dei soggetti disabili minorenni, anche cooptando membri con specifiche competenze, al fine di individuare progetti terapeutici e socio - riabilitativi individualizzati a carattere territoriale, domiciliare, semiresidenziale o residenziale.

Ai fini dell'integrazione scolastica degli alunni disabili, l'U.V.M., in caso di rivalutazione di soggetto già sottoposto a visita da parte dell'U.M. e che stia usufruendo di appoggio scolastico, acquisisce, prima di procedere, la documentazione relativa e convoca alla riunione di valutazione il referente del caso in esame.

E' competenza dell'U.V.M. la definizione di interventi specialistici in ambito scolastico per quanto concerne sia la necessità sia la tipologia, l'attribuzione di appoggi educativi

extrascolastici e l'eventuale individuazione di necessità di presidi o ausili utili all'integrazione scolastica.

- validazione e monitoraggio del progetto individuale.
- validazione della diagnosi funzionale, in coerenza con le normative vigenti in materia di integrazione scolastica degli alunni disabili.
- individuazione del referente sanitario per ogni soggetto valutato, qualora non sia già individuato dai servizi di competenza; tale referente assume la responsabilità sul piano clinico e, nel caso di interventi di integrazione scolastica di alunni disabili, anche la funzione di referente del caso.
- individuazione del referente di progetto, identificato tra qualunque figura professionale idonea, cui affidare la regia della gestione globale del caso e l'attivazione degli interventi autorizzati
- presidio del passaggio di competenze e di presa in carico del minore, al compimento del diciottesimo anno, da un servizio clinico (NPI, Psicologia dell'età evolutiva, ecc...) ad un altro servizio per adulti (Servizio Territoriale di Continuità delle cure, Dipartimento di Salute Mentale, ecc...) al fine di evitare interruzioni nell'intervento a cui il soggetto ha diritto
- promozione della presa in carico integrata in sinergia tra istituzioni ed organizzazioni sanitarie, socio - assistenziali, scolastiche, famiglia e Privato Sociale, finalizzata alla elaborazione di un progetto condiviso
- monitoraggio e verifica periodica dell'efficacia e dell'efficienza del percorso sanitario, educativo e assistenziale del minore disabile, dell'andamento del progetto individuale e del livello di intervento identificato, nonché del rispetto dei tempi predefiniti
- individuazione delle priorità di intervento, fatte salve le casistiche già oggetto di norme o provvedimenti specifici (es. Circ. 11 SAP, disposizioni dell'Autorità giudiziaria, ecc..)

Art. 4

Composizione dell'Unità di Valutazione Minori

Le attività e le funzioni operative dell'U.V.M. sono svolte da Commissioni costituite su base distrettuale.

Le funzioni di presidenza dell'U.V.M. sono assicurate dal Direttore della Direzione Integrata per le Attività Sanitarie Territoriali o da suo delegato per ambiti di pertinenza territoriale, individuato tra le S.C. di Psicologia e di N.P.I.

La Commissione distrettuale è composta da:

- 1 rappresentante della Direzione Distrettuale
- 1 rappresentante della S.C. N.P.I.
- 1 rappresentante della S.C. Psicologia
- 2 rappresentanti degli Enti Gestori
- 1 amministrativo del distretto sanitario, con funzioni di segreteria.

Al fine di promuovere la valutazione neutrale ed indipendente dei progetti assistenziali/educativi/riabilitativi integrati, non potranno essere indicati, quali componenti dell'U.V.M., in rappresentanza dei rispettivi servizi, figure professionali che risultino coinvolte nella presa in carico diretta dei casi. Pertanto tali figure professionali verranno individuate, sulla base dei criteri sopra indicati, nel rispetto dell'autonomia organizzativa degli Enti coinvolti.

L'U.V.M. può avvalersi della consulenza di medici specialisti dell'A.S.L. TO3 e può essere di volta in volta integrata da figure professionali che abbiano conoscenza diretta del caso in esame, con particolare riferimento agli operatori coinvolti nella gestione del caso o che presentino specifiche competenze necessarie al lavoro dell'Unità di Valutazione, anche non appartenenti all'A.S.L. TO3.

Art. 5

Il Nucleo Interdisciplinare per Minori (N.I.M.)

L'Unità di Valutazione Minori svolge le funzioni ad essa attribuite avvalendosi dei Nuclei Interdisciplinari per Minori (N.I.M.).

I Nuclei rappresentano una modalità operativa dell'Unità di Valutazione e sono composti da figure professionali sanitarie e sociali, individuate dai servizi di appartenenza, coinvolte nell'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, semi residenziale e residenziale. Tali figure, che sono rappresentate, di norma, dagli operatori socio-sanitari titolari dei casi, costituiscono un "gruppo operativo" nel quale sono presenti competenze mediche, psicologiche, educativo - riabilitative e sociali, che si caratterizza per modalità di lavoro fortemente integrate.

Al N.I.M. compete lo svolgimento delle attività istruttorie finalizzate alla valutazione delle situazioni ed alla definizione dei progetti individuali da sottoporre all'Unità di Valutazione, ivi compresa la redazione della diagnosi funzionale.

L'ASL e gli Enti Gestori garantiscono le risorse umane e strumentali per il corretto funzionamento del N.I.M. distrettuale.

Nella formulazione e nella realizzazione dei progetti individuali e nel loro monitoraggio l'U.V.M. ed il Nucleo Interdisciplinare si avvalgono inoltre:

- dell'apporto di altre unità operative dell'A.S.L. TO3 o del S.S.N., o di singoli specialisti che risultino competenti sul caso
- della rete delle risorse messe a disposizione dall'Ente Gestore.

Art. 6

Il processo di valutazione

Il processo di valutazione si sviluppa attraverso:

- a) indagine sanitaria e sociale finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni del soggetto, con particolare attenzione all'individuazione dei requisiti per la realizzazione di un progetto che privilegi il mantenimento del minore nel proprio contesto d'origine o comunque in un ambiente di tipo familiare
- b) valutazione complessiva e definizione del percorso progettuale concordate con la famiglia, salvo diverse disposizioni dell'Autorità Giudiziaria.

L'U.V.M. adotta inoltre strumenti idonei alla valutazione della attività e della partecipazione e delle eventuali patologie su di esse incidenti, in collaborazione con i sanitari competenti in materia.

Individua al momento tale strumento nell'I.C.D. 10, fatta salva la facoltà di integrarlo o sostituirlo con altri strumenti ritenuti più appropriati (es. I.C.F.)

Art. 7

Selezione ed attivazione degli interventi

L'U.V.M. nell'ambito delle proprie competenze:

- individua gli interventi, con valenza economica, che ritiene più idonei alla corretta gestione dei casi segnalati, tenendo in debito conto le soluzioni prospettate dagli operatori del NIM, (certificazione per l'integrazione scolastica, attività di supporto ad essa connesse, individuazione della eventuale necessità di presidi o ausili utili all'integrazione scolastica ed al recupero, inserimento in presidi residenziali, semiresidenziali, interventi di assistenza domiciliare, interventi di assistenza educativa territoriale, inserimenti ai Centri addestramento Disabili, assegni di servizio alternativi al ricovero, affidamenti intra ed extrafamigliari, ecc.) e li comunica al Direttore del Distretto e dell'Ente Gestore;
- fornisce al Direttore del Distretto e dell'Ente Gestore gli elementi utili sia ad attivare concretamente gli interventi previsti, sia a predisporre eventuali liste d'attesa; partecipa, per quanto di competenza, all'attivazione dei progetti stessi e svolge le verifiche sui percorsi realizzati dai servizi che hanno in carico l'utente, nei tempi previsti;
- mantiene, tramite il referente di progetto, rapporti con la scuola e la famiglia in relazione all'obiettivo della miglior integrazione scolastica e sociale dell'alunno disabile, dando piena attuazione a quanto previsto dalla normativa vigente in tale ambito, ivi compresa la collaborazione alla redazione del PDF, del PEI e degli altri atti scolastici ed extrascolastici;
- collabora con istituzioni, enti ed agenzie distrettuali ed extradistrettuali coinvolti nell'integrazione scolastica degli alunni disabili e nel loro orientamento scolastico, formativo e lavorativo, all'attuazione degli accordi programma stipulati.

L'U.V.M. distrettuale rimane competente, nei casi di trasferimento di residenza del minore fino a quando non è completato il passaggio della presa in carico ai nuovi operatori di riferimento.

I casi che provengono da altre ASL sono valutati in prima istanza dalla U.V.M. che si attiva per acquisire la documentazione utile presso il territorio di provenienza. Su richiesta dei nuovi operatori del caso promuove azioni volte a favorire la continuità della presa in carico.

Gli interventi autorizzati vengono attivati dall'Ente titolare della gestione dei servizi e delle risorse (contraente di contratti per la gestione di servizi appaltati, titolare dell'autorizzazione al funzionamento, ecc.).

Art. 8

Risorse Territoriali, Semiresidenziali e Residenziali

In attuazione a quanto previsto dall'accordo di programma stipulato tra A.S.L. TO3 ed Enti Gestori operanti nel territorio aziendale, finalizzato all'applicazione della D.G.R. 51/2003,

ogni parte contraente mette a disposizione le risorse professionali competenti necessarie al conseguimento degli obiettivi previsti dal PAI / PEI, operanti all'interno dei servizi dell'Asl TO3 e degli Enti Gestori.

Entro il 30 novembre di ciascun anno ogni Distretto Sanitario formulerà la previsione del budget finanziario per l'anno successivo da destinarsi agli interventi previsti in questo ambito; tale budget dovrà essere definito tenendo in conto la ripartizione degli oneri finanziari fra i comparti sanitario e sociale, secondo i dettami dei LEA e delle disposizioni legislative vigenti, nonché secondo i criteri previsti dalla DGR 51/2003.

Le azioni previste in risposta ai bisogni dei minori disabili si articolano secondo una gamma che comprende:

- interventi nell'ambito delle cure domiciliari e dell'assistenza domiciliare, dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'inserimento scolastico supportato
- interventi di assistenza socio - educativa territoriale
- assegni di cura alternativi al ricovero
- affidamenti intra ed extrafamiliari
- inserimenti in presidi semiresidenziali (centri diurni)
- inserimenti in presidi residenziali

Gli interventi si realizzano principalmente a livello territoriale, con le risorse già disponibili, avvalendosi delle reti dei servizi territoriali nelle sue varie espressioni.

I servizi territoriali e semiresidenziali sono prioritariamente individuati nel territorio del Distretto di residenza del soggetto richiedente l'intervento; le strutture residenziali sono reperite, in assenza di idonee soluzioni all'interno del territorio del Distretto, nell'ambito dell'A.S.L. TO3 e della Regione Piemonte, fatte salve motivate eccezioni.

Tutti gli inserimenti sono attuati previa autorizzazione dei Direttori del Distretto e dell'Ente Gestore.

Tale autorizzazione risulta necessaria peraltro anche per gli altri tipi di intervento, ma si potrà considerare acquisita a monte, a fronte di un affidamento all'UVM e al Nucleo Interdisciplinare per i Minori del compito di attuare iniziative che non presumano allocazione di nuove risorse economiche.

L'organizzazione delle attività dell'UVM deve essere tesa a valorizzare il principio di sussidiarietà tra distretti ed enti gestori che operano nel territorio dell'ASL TO3.

In caso di inserimento in strutture semiresidenziali e residenziali la segreteria dell'U.V.M. verifica il possesso dell'autorizzazione al funzionamento da parte delle strutture individuate e propone di attivare l'intervento nell'ambito di un rapporto convenzionale.

Art. 9

Aspetti procedurali e percorso amministrativo

La richiesta di attivazione dell'U.V.M. potrà essere presentata da chi esercita la potestà genitoriale o dal tutore.

L'U.V.M. può essere attivata, con il consenso di chi esercita la potestà genitoriale, fatte salve diverse determinazioni dell'Autorità Giudiziaria, anche dall'A.S.L. nelle sue varie articolazioni e funzioni, ivi compreso il referente sanitario e di progetto, dagli Enti Gestori di competenza, dal Sindaco del Comune di residenza o dal responsabile della struttura che eventualmente ospita il minore interessato.

Al termine del proprio lavoro di valutazione l'U.V.M., per il tramite della propria segreteria, trasmette le conclusioni ai Direttori del Distretto e dell'Ente Gestore ai quali spetta il compito di informare il cittadino, in forma scritta, sull'esito delle valutazioni e sul progetto elaborato, escludendo le situazioni di minori per cui è presente un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria.

In relazione ad attività riferite unicamente alla produzione della diagnosi funzionale per l'integrazione scolastica, ed alla nomina del relativo referente di progetto, la conclusione non viene trasmessa ai citati Direttori, ma consegnata ai genitori perché possano trasmetterla alla scuola, secondo quanto previsto dalla Circolare 11 SAP.

L'U.V.M. stabilisce autonomamente le modalità organizzative di cui intende dotarsi e di norma si riunisce una volta al mese, fatte salve situazioni di particolare urgenza che possono determinare convocazioni eccezionali.

La segreteria, oltre all'attività di protocollo delle domande, provvede alla convocazione dei membri, alla redazione del verbale e alla conservazione ed all'aggiornamento dell'archivio.

Le attività di segreteria sono di competenza di ogni Distretto, che assegna, a tal fine, il necessario personale amministrativo.

L'archivio è tenuto presso la sede distrettuale dell'U.V.M.

L'esame della domanda dovrà essere effettuato, di norma, non oltre 30 giorni dalla sua data di registrazione al protocollo della segreteria.

Entro tale termine dovrà, comunque, essere comunicato alle famiglie il nominativo dei referenti del caso individuati per l'istruttoria.

Qualora la seduta preveda già un elenco esauriente di casi da esaminare, la valutazione verrà effettuata nella prima successiva data utile.

Di norma l'istruttoria viene predisposta congiuntamente dal Servizio Sociale e dal Servizio NPI e/o dal Servizio di Psicologia dell'Età Evolutiva.

Qualora il minore con disabilità sia in carico ad uno solo dei due Servizi (sociale o sanitario), il Servizio che non ha ancora avviato le procedure per l'eventuale presa in carico dovrà effettuare la parte di istruttoria di sua competenza entro il termine di novanta giorni dalla segnalazione fatta all'U.V.M. da parte del Servizio che per primo ha in carico il caso, tranne situazioni in cui il minore rimanga in carico ad un solo servizio.

Tale termine può essere ridotto da parte dell'U.V.M. in situazioni di particolare gravità e urgenza.

La documentazione necessaria per l'istruttoria consta di:

- 1) redazione delle relazioni rispettivamente sanitaria e sociale/educativa esaustive degli elementi diagnostici e funzionali relativi alla disabilità;
- 2) proposta di progetto, con indicazione ed individuazione dei servizi e degli interventi più appropriati sempre in rapporto con le risorse effettivamente fruibili, secondo protocolli osservativi e valutativi condivisi.

Il progetto individuale sarà redatto dagli operatori incaricati coinvolgendo nel modo più ampio possibile gli esercenti la potestà genitoriale, in modo tale che esso rappresenti l'espressione della condivisione di competenze, idee, sensibilità e volontà.

L'U.V.M. ha il compito di vagliare la documentazione relativa allo stato di disabilità, nonché di valutare il progetto proposto, tenendo conto delle esigenze e potenzialità evolutive di ciascun soggetto.

Una volta ricevuta la segnalazione, la segreteria dell'UVM organizza la sessione necessaria entro 30 giorni dalla data in cui è stata protocollata, ed avvia le procedure per l'autorizzazione del progetto.

Nel rispetto dei diritti del cittadino e della titolarità del caso, l'UVM ed il Nucleo Interdisciplinare potranno / dovranno avvalersi nella formulazione e nella realizzazione dei progetti individuali, nel loro monitoraggio e nella loro valutazione dell'apporto di altre unità operative dell'ASL o del SSN o di singoli specialisti, anche di fiducia della famiglia, nel rispetto della loro autonomia professionale.

E' in ogni caso necessario individuare un referente sanitario del caso per ogni minore seguito, che sia responsabile del piano clinico – riabilitativo, e che assuma il compito del raccordo con gli altri soggetti sanitari.

La valutazione della Commissione comporta la stesura di un verbale che contenga in sintesi la proposta di progetto e dell'intervento da attivare. Tale verbale, a cura della Segreteria dell'U.V.M. deve essere inoltrato ai Servizi sociali e sanitari proponenti, che hanno curato gli atti istruttori.

Di ogni progetto valutato dall'UVM deve essere definita la durata, comunque non superiore a 12 mesi dalla sua approvazione e indicata la possibilità di rinnovo. Nel verbale sarà indicata la data entro la quale rivalutare il progetto, che potrà essere riformulato, o riconfermato, oppure chiuso.

Per i minori prossimi alla maggiore età, gli operatori sociali e sanitari che hanno in carico il caso devono presentare gli atti istruttori alla Commissione UVM nei tempi utili per l'esame degli atti stessi, prima della scadenza e comunque al più tardi entro sei mesi prima del compimento del 18° anno di età.

A tal fine verranno coinvolti i rappresentanti del Servizio Territoriale di continuità delle cure e del DSM, ciascuno per i casi di propria pertinenza, i quali parteciperanno alla UVM per la riformulazione e la continuità del progetto.

Art. 10

Situazioni di urgenza

Per le situazioni non ancora valutate dall'U.V.M. che rivestono carattere di urgenza è possibile l'attivazione dell'intervento da parte dell'Ente Gestore per i casi in carico allo stesso, con contestuale comunicazione al servizio di N.P.I. o di Psicologia e all'U.V.M. stessa. L'U.V.M. dovrà esaminare la segnalazione nella prima seduta utile e, in caso di validazione della stessa, riconoscere la competenza dell'ASL, se presente, fin dalla data di attivazione del progetto.

Per i minori già valutati dall'U.V.M., in caso di modifica del progetto (diversa tipologia di intervento e/o prestazioni aggiuntive), con carattere di urgenza, è possibile l'attivazione dell'intervento da parte dell'Ente Gestore, di concerto con il servizio di N.P.I. o di Psicologia, con contestuale comunicazione all'U.V.M. competente, per il riesame del caso nella prima seduta calendarizzata.

Art. 11
Ripartizione degli oneri

	LEA	
	ENTE GESTORE %	A.S.L. %
INTENSITA' ALTA – FASCIA A		
SERVIZI RESIDENZIALI		
Gruppo Appartamento – tipo C	30	70
Comunità Alloggio – tipo C	30	70
Residenza Assistenziale Flessibile - RAF tipo A	30	70
Residenza Assistenziale Flessibile - RAF tipo B	30	70
Residenza Sanitaria Assistenziale. R.S.A.	30	70
Centro diurno con nucleo residenziale notturno	30	70
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI		
Residenza Assistenziale Flessibile - RAF tipo A	30	70
Centro Diurno Socio Terapeutico Riabilitativo (ex DGR 230-97 e DGR 11-98)		
Residenza Assistenziale Flessibile – RAF tipo B	30	70
Centro Diurno Socio Terapeutico Riabilitativo (ex DGR 230-97 e DGR 11-98)		
Progetti di cui al punto 4 ex DGR 51/2003 – compresi i servizi di tregua	30	70
INTENSITA' MEDIA – FASCIA B		
SERVIZI RESIDENZIALI		
Gruppo Appartamento – tipo A	40	60
Comunità Alloggio – tipo A	40	60
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI		
Centro Addestramento Disabili Diurno	40	60
Servizi socio-educativo-riabilitativo in contesto familiare, extrafamiliare e laboratoriale	40	60
Progetti di cui al punto 4 ex DGR 51/2003 - compresi i servizi di tregua	40	60

INTENSITA' BASE – FASCIA C		
SERVIZI RESIDENZIALI		
Comunità di risocializzazione/reinserimento (sperimentale)	50	50
Servizi di autonomia (ex convivenza guidata o convivenza in autonomia)	50	50
Servizi di Massima Autonomia (servizio accreditabile se connesso ad altro presidio)	50	50
Gruppo Appartamento – tipo B	50	50
Comunità Alloggio – tipo B	50	50
Casa Famiglia	50	50
Comunità Familiare	50	50
Comunità di tipo familiare	50	50
SERVIZI SEMIRESIDENZIALI		
Centro Attività diurne Centro di Lavoro Guidato Laboratori	50	50
Progetti di cui al punto 4 ex DGR 51/2003 - compresi i servizi di tregua/soggiorni	50	50

Le restanti strutture residenziali e semiresidenziali non rientranti nelle suddette tipologie, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, verranno ricondotte alle tipologie dettagliate sulla base delle prestazioni erogate.

	ENTE GESTORE (%)	A.S.L. (%)
Assistenza familiare	50	50
Servizio domiciliare (OSS)	50	50
Cure familiari (sostegno alla famiglia che si fa carico del lavoro di cura)	50	50
Affidamento diurno/residenziale	50	50

LEA		
	ENTE GESTORE (%)	A.S.L. (%)
INTENSITA' ALTA – FASCIA A		
Comunità terapeutica (*)		100
INTENSITA' MEDIA – FASCIA B		
Comunità riabilitative psico sociali	40	60
INTENSITA' BASE – FASCIA C		
Educativa territoriale, domiciliare	50	50
Affidamenti diurni, residenziali familiari e residenziali con sostegno professionale; adozioni difficili	50	50
Costi aggiuntivi a valenza socio-sanitaria	50	50
Centri diurni	50	50
Tirocini formativi / borse lavoro	50	50
Strutture residenziali socio assistenziali	50	50

Le restanti strutture residenziali e semiresidenziali non rientranti nelle suddette tipologie, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, verranno ricondotte alle tipologie dettagliate sulla base delle prestazioni erogate.

(*) L'ASL assume al 100% i costi determinati da rette per inserimenti in presidi semi-residenziali o residenziali o da interventi alternativi, a valenza terapeutica per minori affetti da disturbi psichici o psichiatrici e/o relazionali anche nei casi di maltrattamento o abuso sessuale nell'ambito del progetto riabilitativo; assume altresì il 100% dei costi aggiuntivi a valenza sanitaria.

Così come previsto dal punto 2 dell'allegato B della DGR 51-11389 del 23.12.2003, per il livello prestazionale alto, l'incremento rispetto al livello medio (all'interno di ogni fascia assistenziale) è assunto a carico del servizio sanitario. Per tali interventi, quindi, la quota a carico dell'utente/Ente Gestore è stabilita sul livello medio.

In relazione all'emergere di tipologie di bisogni che richiedono l'individuazione di metodologie di presa in carico e di programmi socio sanitari di intervento specifici, anche con carattere di innovazione e sperimentazione, potranno essere individuati congiuntamente progetti individualizzati o per nuclei omogenei che comporteranno la necessità di avvalersi di tipologie di servizio sperimentale o il riconoscimento di prestazioni personalizzate ex punto 4 DGR 51-2003.

Alle quote aggiuntive relative alle prestazioni individualizzate sono applicate le percentuali previste in riferimento alle tipologie dei servizi.

Nei casi in cui siano necessarie prestazioni che favoriscono lo svolgimento di interventi terapeutici (es. accompagnamenti a sedute terapeutiche da comunità ubicate lontano dalla sede del Servizio) si definisce un riparto, tra ASL ed Ente Gestore di tali prestazioni pari al 50%, coerentemente con le quote ordinarie di compartecipazione alla spesa.

Art. 12

Modalita' di pagamento

1. SERVIZI E INTERVENTI A GESTIONE DIRETTA

L'Ente Gestore provvede ad anticipare l'intero costo dei servizi e delle prestazioni socio sanitarie gestite direttamente; la quota parte sanitaria verrà rimborsata annualmente all'Ente Gestore da parte dell'Azienda Sanitaria, sulla base di specifica rendicontazione, secondo le modalità già individuate nell'Accordo di programma.

2. SERVIZI E PRESTAZIONI AFFIDATI E/O ACQUISTATI DA TERZI

L'Ente Gestore e l'ASL competenti provvedono a liquidare direttamente e separatamente quanto di spettanza relativamente ai servizi gestiti da terzi.

3. Sono fatte salve modalità differenti, rispetto ai punti 1 e 2, derivanti da accordi sanciti a livello distrettuale

Art. 13

Norme transitorie

Il presente Protocollo, nelle more dell'approvazione di uno specifico Regolamento UVM e della modifica del vigente Regolamento UVAP, assume funzioni di indirizzo operativo, con riferimento, per gli aspetti regolamentari, al vigente Regolamento UVAP per la parte relativa all'utenza minorile e alle funzioni attribuite all'Unità Multidisciplinare.

La commissione UVAP rimane competente per quanto attiene gli interventi a favore di soggetti adulti disabili.

Letto, confermato, sottoscritto

Collegno,
7 AGO. 2009

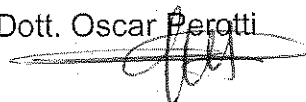
Il Legale Rappresentante

del C.I.S.A.P. (Consorzio Intercomunale
Servizi alla Persona)



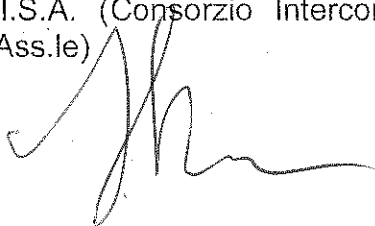
**Il Direttore S.C. Attività e Progetti
Integrati SocioSanitari**

Dott. Oscar Perotti



Il Legale Rappresentante

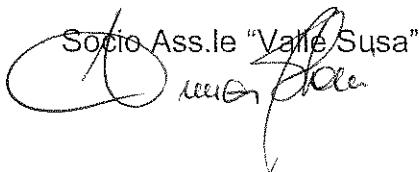
del C.I.S.A. (Consorzio Intercomunale
Socio Ass.le)



P. **Il Legale Rappresentante**

del Con.I.S.A. (Consorzio Intercomunale

Socio Ass.le "Valle Susa"



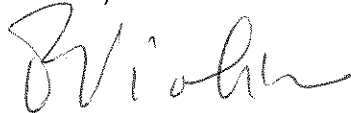
Il Legale Rappresentante

della Comunità Montana Val Sangone



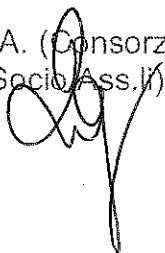
Il Legale Rappresentante

del C.I.D.I.S. (Consorzio Intercomunale
di Servizi)



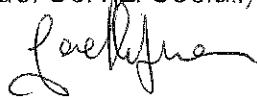
Il Legale Rappresentante

del C.I.S.S.A. (Consorzio Intercomunale
dei Servizi Socio Ass.le)



Il Legale Rappresentante

del C.I.S.S. (Consorzio Intercomunale
dei Servizi Sociali)



Il Legale Rappresentante

della Comunità Montana Val Pellice



Il Legale Rappresentante

della Comunità Montana Val Chisone e
Germanasca

