

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

**Istituto delle Scienze Neurologiche**  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

**CRITERI DI GESTIONE  
DELLE GRADUATORIE UNICHE DISTRETTUALI  
PER L'INSERIMENTO DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI  
NELLE CASE RESIDENZA ANZIANI (CRA)  
DEL TERRITORIO DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA**

**Approvato da  
Ufficio di Presidenza della CTSS Metropolitana di Bologna  
in data 05/04/2017**

## Componenti gruppo di lavoro e redazione del documento:

<b>Minelli Monica - Coordinatore</b>	Direzione Attività Socio Sanitarie – AUSL Bologna
<b>Baccarini Michele</b>	Direzione Attività Socio Sanitarie – AUSL Bologna
<b>Benati Valeria</b>	Unità Attività Socio Sanitarie Pianura Est – AUSL Bologna
<b>Bertagni Maria Grazia</b>	Unità Attività Socio Sanitarie Bologna – AUSL Bologna
<b>Bertoni Francesco</b>	Città Metropolitana di Bologna
<b>Brozzi Gianluca</b>	Unità Attività Socio Sanitarie Pianura Ovest – AUSL Bologna
<b>Capraro Maria Adele</b>	Direzione Attività Tecniche e Riabilitative – AUSL Bologna
<b>Cavallina Valeria</b>	Unità Attività Socio Sanitarie Porretta Terme – AUSL Bologna
<b>Cavazza Gabriele</b>	Distretto Città di Bologna – AUSL Bologna
<b>Ciarrocchi Rosa Angela</b>	Direzione Attività Socio Sanitarie – AUSL Bologna
<b>Coveri Maura</b>	Dipartimento Medico – AUSL Bologna
<b>Guttadauro Rosanna</b>	Unione Reno Galliera
<b>La Rovere Lucia</b>	Dipartimento Cure Primarie – AUSL Bologna
<b>Linarello Simona</b>	Dipartimento Cure Primarie – AUSL Bologna
<b>Lorenzini Paride</b>	Ufficio di Piano San Lazzaro di Savena
<b>Manai Giovanna</b>	Unità Attività Socio Sanitarie Casalecchio di Reno – AUSL Bologna
<b>Mingarelli Alberto</b>	Unità Attività Socio Sanitarie San Lazzaro di Savena – AUSL Bologna
<b>Niccoli Barbara</b>	Unità Attività Socio Sanitarie Porretta Terme – AUSL Bologna
<b>Peri Michele</b>	ASC InSieme
<b>Rambaldi Mauria</b>	Direzione Attività Tecniche e Riabilitative – AUSL Bologna
<b>Righi Fiorenza</b>	Unità Attività Socio Sanitarie Casalecchio di Reno – AUSL Bologna
<b>Sabattini Valeria</b>	Direzione Attività Tecniche e Riabilitative – AUSL Bologna
<b>Scagliarini Alice</b>	Dipartimento Attività Amministrative Territoriali – AUSL Bologna
<b>Tinti Rita</b>	Unità Attività Socio Sanitarie Pianura Est – AUSL Bologna
<b>Vanelli Coralli Mirco</b>	Dipartimento Medico – AUSL Bologna
<b>Ziosi Sabina</b>	Unità Attività Socio Sanitarie Pianura Ovest – AUSL Bologna
<b>Zucchini Massimo</b>	Comune di Bologna

\* L'Ufficio di Piano Nuovo Circondario Imolese ha preso parte alle sedute del gruppo di lavoro in qualità di uditore.

\*\* Nominativi, afferenze e relative denominazioni sono aggiornati al 07/09/2016, data di conclusione dei lavori del gruppo.

## Elenco allegati

Allegato n. 1	Scheda BINA HOME e relative Note interpretative
Allegato n. 2	Scheda di Valutazione della Situazione Socio-Familiare e relative Note interpretative
Allegato n. 3	Tabella di Calcolo - Punteggio di inserimento in graduatoria per accesso in CRA

## Acronimi utilizzati nel documento

ASP	Azienda pubblica di Servizi alla Persona
BINA H	Breve Indice Non Autosufficienza Home
CRA	Casa Residenza Anziani
DASS	Direzione Attività Socio Sanitarie
ESS	Emergenza socio-sanitaria
MMG	Medico Medicina Generale
PIVeC	Progetto Individualizzato di Vita e di Cura
RC	Responsabile del Caso
SST	Servizio Sociale Territoriale
UASS	Unità Attività Socio Sanitarie
UVM	Unità Valutazione Multidimensionale

## **Indice dei contenuti**

### **Art. 1 Finalità**

### **Art. 2 Principi di riferimento**

### **Art. 3 Requisiti per l'accesso su posto definitivo in CRA**

### **Art. 4 Percorso di inserimento in CRA**

#### 4.1 Presentazione della domanda

#### 4.2 Valutazione della situazione di bisogno ed elaborazione del Progetto Individualizzato di Vita e di Cura

#### 4.3 Accesso tramite il Servizio Sociale Ospedaliero

### **Art. 5 Formulazione e gestione della graduatoria distrettuale per l'accesso in CRA**

#### 5.1 Criteri per la formulazione della graduatoria per l'accesso in struttura

#### 5.2 Aggiornamento delle graduatorie

#### 5.3 Sospensione temporanea e rinuncia all'inserimento in struttura

### **Art. 6 Gestione dell'inserimento in CRA**

#### 6.1 Modalità e tempi di inserimento in struttura

#### 6.2 Trasferimento fra strutture

### **Art. 7 Sistema GARSIA**

### **Art. 8 Monitoraggio e valutazione delle graduatorie**

### **Art. 9 Norme transitorie**

## **Art. 1 Finalità**

L'Azienda USL di Bologna ritiene prioritario definire, in accordo con gli Enti Locali, criteri omogenei per l'inserimento di anziani non autosufficienti nelle Case Residenza Anziani (CRA) accreditate e per la gestione delle graduatorie uniche distrettuali.

Tali criteri si propongono di:

- garantire modalità di accesso omogenee a livello di tutta l'Azienda USL di Bologna, migliorando modalità e tempi di accesso;
- favorire, in via prioritaria, la tutela degli anziani e delle famiglie in situazione di maggiore bisogno sociale e sanitario;
- garantire equità ed appropriatezza nella presa in carico degli anziani in condizione di non autosufficienza residenti nell'Azienda USL di Bologna;
- migliorare il rapporto tra domanda e offerta rendendo più efficace ed efficiente l'inserimento in CRA.

## **Art. 2 Principi di riferimento**

I criteri di gestione delle graduatorie uniche distrettuali per l'inserimento di anziani non autosufficienti nelle Strutture residenziali accreditate con l'Azienda USL di Bologna si ispirano ai seguenti principi:

- considerare il diverso livello e tipologia dei bisogni dell'utente e della famiglia, ordinando la graduatoria di accesso secondo il principio della gravità socio-economica e sanitaria;
- garantire l'inserimento di anziani in situazione di emergenza socio-sanitaria (ESS) con progetto individualizzato;
- garantire la continuità assistenziale con particolare attenzione alle situazioni di bisogno sociale, sanitario e assistenziale;
- tenere conto delle esigenze e delle preferenze espresse dall'utente e dalla famiglia nell'ambito dell'attività valutativa e progettuale della UVM;
- considerare l'evoluzione dei bisogni dell'utente e della famiglia (sia in relazione all'adeguamento della valutazione di tali bisogni che alla possibilità di mobilità tra strutture);
- tenere conto, nella gestione della graduatoria, delle specificità ambientali ed organizzative del contesto distrettuale.

## **Art. 3 Requisiti per l'accesso su posto definitivo in CRA**

Nelle strutture residenziali accreditate con l'Azienda possono essere inseriti cittadini con le seguenti caratteristiche:

- anziani di età superiore a sessantacinque anni o di età inferiore con patologie assimilabili all'età senile o con valutazione socio-sanitaria che evidenzia la necessità e l'appropriatezza di tale inserimento;
- accertata non autosufficienza ai sensi della Deliberazione n. 1378/99, valutata in sede di UVM come da "Linee Guida Valutazione Multidimensionale Area Anziani", in relazione a fattori sociali, economici, relazionali e sanitari, con punteggio BINA uguale o maggiore a 500 punti, fatte salve le situazioni di emergenza socio-sanitaria (ESS) con punteggio BINA uguale o maggiore di 400 punti;
- progetto individualizzato, definito in sede di UVM e condiviso con utente e famiglia, che prevede l'inserimento definitivo in CRA;

- residenza nei Comuni del territorio dell’Azienda USL di Bologna, specificando che il cittadino può accedere esclusivamente alle strutture afferenti al Distretto di competenza.

## **Art. 4 Percorso di inserimento in CRA**

### **4.1. Presentazione della domanda**

La domanda per l’accesso alla rete dei servizi socio-sanitari, fra cui l’inserimento in struttura residenziale, segue il seguente iter procedurale:

- il cittadino (utente, familiare o tutor/curatore/amministratore di sostegno) si rivolge al Servizio Sociale del territorio di residenza dell’anziano;
- il cittadino (utente, familiare o tutor/curatore/amministratore di sostegno) sottoscrive la domanda di inserimento nella rete dei servizi socio-sanitari;
- la ricevuta della richiesta è consegnata al cittadino richiedente, al quale saranno contestualmente indicate le modalità per la consultazione del presente regolamento;
- la richiesta è accolta dall’ufficio competente e inoltrata, per il seguito istruttorio, all’Assistente sociale Responsabile del Caso (RC).

### **4.2. Valutazione della situazione di bisogno ed elaborazione del Progetto Individualizzato di Vita e di Cura**

- Il RC provvede a compiere una prima valutazione della situazione sociale, relazionale ed economica dell’utente e della sua famiglia prendendo gli opportuni contatti con l’utente, i familiari, il MMG, e integra la cartella Socio Sanitaria dell’utente in GARSIA.

Obiettivo di questa prima fase di valutazione è quello di verificare il reale bisogno dell’anziano, tenuto conto della situazione socio-sanitaria dello stesso, della capacità di sostegno del contesto familiare e sociale, considerando la possibilità di attivare altri servizi a supporto della domiciliarità.

In fase istruttoria il RC deve anche identificare l’effettiva disponibilità dell’anziano all’ingresso in struttura residenziale.

In questa fase il RC deve inoltre raccogliere e mantenere aggiornati i riferimenti/recapiti per contattare l’utente o i familiari di riferimento.

Il RC, in fase di prima valutazione, può individuare situazioni di emergenza socio-sanitaria (ESS), per le quali è necessario un inserimento immediato in struttura residenziale.

Si tratta di anziani (o adulti con patologie assimilabili all’età anziana, certificate dalla UVM) soli o con rete familiare gravemente inadeguata a garantire la tutela e l’incolumità dell’anziano a cui deve essere garantita la precedenza assoluta nella graduatoria per l’accesso alle strutture.

Il RC, sulla base dei bisogni rilevati, compila la Scheda di Valutazione della Situazione Socio-Familiare (**Allegato n. 2**) e attiva la UVM segnalando eventuale indicazione/proposta di emergenza socio-sanitaria (ESS).

Nel caso in cui la proposta di ESS venga validata dalla UVM, la stessa viene trasmessa alla Unità Attività Socio Sanitarie (UASS) distrettuale a cui compete l’autorizzazione all’inserimento al primo posto per l’inserimento in CRA.

Laddove l’emergenza socio-sanitaria si manifesti in un secondo momento, quando l’anziano è già inserito in graduatoria, la proposta del RC sarà validata dalla UVM nel più breve tempo possibile .

- La UVM compie una valutazione complessiva dei bisogni sociali e sanitari dell'utente e verifica il livello di non-autosufficienza avvalendosi di strumenti specifici (quali ad esempio NPI, Tinetti, MMSE, Braden, etc...) compilando la Scheda BINA H (**Allegato n. 1**).  
La UVM, tenendo conto anche della situazione sanitaria e dei bisogni assistenziali dell'utente e valutando la capacità di sostegno della rete familiare e sociale elabora e condivide con l'anziano e la sua famiglia il Progetto Individualizzato di Vita e di Cura (PIVeC).  
Laddove il progetto preveda l'inserimento definitivo in struttura la UVM individua la collocazione ritenuta più idonea nell'ambito della Rete dei Servizi Residenziali del territorio, dandone opportuna informazione all'utente e ai familiari/tutori.
- Nel corso dell'iter l'utente può eventualmente indicare la preferenza per una o più strutture. Tale opzione non è possibile per l'utente in situazione di emergenza socio-sanitaria (ESS), il quale è inserito nel primo posto idoneo disponibile in struttura residenziale, previa autorizzazione del Distretto.

### **4.3. Accesso tramite il Servizio Sociale Ospedaliero**

Il Servizio Sociale Ospedaliero, in collaborazione con il Servizio Sociale Territoriale, concorre ad attivare la UVM e all'inserimento degli utenti nella graduatoria CRA.

A tal fine l'istruttoria avviata dal Servizio Sociale Ospedaliero deve prevedere, ancor prima dell'attivazione della UVM, una comunicazione con il SST di riferimento per l'utente. Ciò al fine di verificare l'eventuale pre-esistente presa in carico del SST (attraverso il RC) o, in caso di utente non ancora in carico, di disporre la necessaria nomina di un RC da comunicare all'interessato.

### **Art. 5 Formulazione e gestione della graduatoria distrettuale per l'accesso in CRA**

Ogni Distretto dell'Azienda USL di Bologna formula una graduatoria per l'accesso in CRA dei cittadini residenti nei Comuni del proprio territorio. La graduatoria distrettuale si basa sul principio della gravità della situazione socioeconomica, sanitaria del cittadino e del suo nucleo familiare.

La titolarità della graduatoria distrettuale è della UASS di competenza, nel caso del Distretto Città di Bologna in collaborazione con il Comune.

La gestione della graduatoria distrettuale, incluse le chiamate per l'inserimento, è di competenza della UASS distrettuale, fatte salve diverse modalità organizzative definite ed approvate in sede di Comitato di Distretto.

L'utente può accedere esclusivamente ad una sola graduatoria, e precisamente quella del Distretto in cui è inserito il Comune di residenza.

In base all'Art. 4 - Diritto alle prestazioni - Comma 4, della L.R. N. 2/2003 non è da considerarsi Comune di residenza quello nel quale la persona abbia acquisito la residenza perché inserita in struttura socio-assistenziale o socio-sanitaria.

Nell'ambito territoriale dell'Azienda USL di Bologna, l'inserimento nella graduatoria per accedere alle strutture del Distretto di residenza (se diverso da quello dell'anziano) del coniuge, del civilmente unito, del convivente o di altro familiare entro il secondo grado, è possibile solo tramite relazione sociale del RC che motivi nel dettaglio la richiesta. In via eccezionale ed in assenza delle figure di riferimento di cui sopra, tale opzione è prevista anche nel caso in cui sia presente un'unica persona di significativo riferimento per l'anziano.

La gestione della richiesta di accesso a graduatorie diverse è gestita ed autorizzata dalle UASS Distrettuali.

### 5.1. Criteri per la formulazione della graduatoria per l'accesso in struttura

Il Distretto, tenendo conto dell'esito della valutazione effettuata dalla UVM e dell'eventuale opzione degli interessati, provvede a stilare la graduatoria secondo i seguenti criteri:

- possono essere inserite solo persone con una valutazione complessiva pari o uguale a 500 punti di BINA;
- la posizione dell'utente in graduatoria è determinata dalla somma dei punteggi della Scheda BINA H, della Scheda di Valutazione della Situazione Socio-Familiare e della situazione economica attribuendo i seguenti pesi percentuali (con relativi punteggi massimi):

Strumenti per calcolo punteggio	Punteggio Massimo	Peso %
<b>Scheda BINA</b>	1.000	65%
<b>Scheda di Valutazione della Situazione Socio-Familiare</b>	300	20%
<b>Situazione economica (ISEE<sup>1</sup>)</b>	230	15%
<b>Punteggio complessivo</b>	<b>1.530</b>	<b>100%</b>

Si precisa che, dopo periodo di sperimentazione, i pesi percentuali sopra riportati saranno oggetto di verifica e potranno essere modificati con atto della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

Il cittadino che non presenta l'ISEE non ha diritto al punteggio della componente "situazione economica".

La situazione economica (ISEE) ha validità annuale e, pertanto, ogni anno, il cittadino è tenuto a presentare il nuovo ISEE; in caso contrario non ha diritto al punteggio della componente "situazione economica".

La tabella da utilizzare per il calcolo del punteggio di inserimento in graduatoria per l'accesso in CRA è disponibile nell'**Allegato n. 3**.

- in caso di parità di punteggio, la priorità nella posizione in graduatoria è definita privilegiando quelle giacenti da più tempo, tenendo conto del punteggio relativo all'ultima valutazione;
- è data precedenza assoluta (indipendentemente dal punteggio) alle situazioni che presentino una valutazione di emergenza socio-sanitaria (ESS); in caso si presentino più situazioni di emergenza socio-sanitaria contemporaneamente, è data priorità a quella con punteggio complessivo più alto e, in caso di parità, sarà data priorità a quella inserita in lista da più tempo come emergenza socio-sanitaria (ESS).

### 5.2. Aggiornamento della graduatoria

Qualora si verificano mutamenti nelle condizioni sanitarie, socio-familiari o economiche di un anziano già inserito nella graduatoria distrettuale, potrà essere aggiornata la sua posizione in graduatoria per aggravamento.

L'aggiornamento della posizione in graduatoria può avvenire sulla base di una specifica richiesta del cittadino (utente, familiare o tutore/curatore/amministratore di sostegno) al RC.

Quest'ultimo, dopo le necessarie verifiche, provvederà a richiedere l'attivazione della UVM per la rivalutazione della situazione dell'anziano e della sua famiglia.

Inoltre si prevede un aggiornamento della posizione in graduatoria tutte le volte che un utente viene valutato dalla UVM in seguito ad una modificata situazione di bisogno.

Sulla base della nuova valutazione, il Distretto modifica la posizione dell'utente nella graduatoria distrettuale.

<sup>1</sup> ISEE per prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria erogate in ambito residenziale (Art. 6, Comma 3, DPCM n. 159/2013 e s.m.).



Si prevede un aggiornamento periodico della graduatoria, indicativamente trimestrale, sulla base dei nuovi elementi acquisiti.

### **5.3. Sospensione temporanea e rinuncia all'inserimento in struttura**

#### Sospensione temporanea

In situazioni eccezionali e motivate, il cittadino (utente, familiare o tutore/curatore/amministratore di sostegno) può avanzare al RC una richiesta formale di sospensione temporanea all'inserimento, per un periodo massimo di 12 mesi.

In questo caso il Distretto non contatterà l'anziano per l'inserimento sui posti che si renderanno successivamente disponibili sino a nuova richiesta di riammissione in graduatoria presentata al RC, in seguito alla quale sarà nuovamente contattabile. Nell'eventuale modificata situazione di bisogno, il RC valuterà l'opportunità di avviare la nuova valutazione come previsto all'Art. 4, punto 4.2, del presente regolamento.

#### Rinuncia all'inserimento

Nel caso in cui il cittadino in graduatoria venga chiamato per l'inserimento in un posto disponibile e rinunci per 2 volte, sarà automaticamente cancellato dalla graduatoria con contestuale comunicazione scritta.

In questo caso per una nuova domanda di ingresso in CRA sarà necessario avviare nuovamente la valutazione così come previsto al precedente Art. 4.

## **Art. 6 Gestione dell'inserimento in CRA**

Il Distretto gestisce e autorizza l'inserimento dei cittadini in CRA, fatte salve diverse modalità organizzative definite ed approvate in sede di Comitato di Distretto.

La gestione degli inserimenti deve inoltre necessariamente prevedere un raccordo tra l'Azienda USL, gli Enti Locali e i Soggetti gestori, anche secondo quanto definito nei Contratti di servizio.

### **6.1. Modalità e tempi di inserimento in struttura**

- La struttura deve comunicare tempestivamente al Distretto l'intervenuta disponibilità di posti accreditati da Contratto di servizio, specificando l'eventuale vincolo legato all'identità di genere (ad es. camera doppia maschile o femminile);
- dall'intervenuta disponibilità del posto letto, la comunicazione alla struttura del nominativo del cittadino da inserire, deve realizzarsi tempestivamente secondo quanto previsto dai Contratti di servizio;
- il Distretto contatta l'utente/i familiari secondo l'ordine in graduatoria (il primo utente per gravità che ha indicato fra le opzioni quella struttura);
- l'utente/i familiari tempestivamente e comunque entro 48 ore, accettano o rinunciano all'ingresso;
- se l'utente/i familiari accettano l'ingresso, intercorse le necessarie comunicazioni, provvedono ad accordarsi direttamente con la struttura per l'effettivo ingresso che dovrà avvenire indicativamente entro le successive 72 ore;
- nel caso in cui l'utente contattato sia ricoverato in struttura ospedaliera, il Distretto verifica con la struttura ospedaliera la dimissibilità del paziente in CRA. Qualora sia possibile la dimissione, di norma, entro i successivi 3 giorni, il Distretto verifica la disponibilità dell'utente/dei familiari ad accettare l'ingresso pagando dal momento dell'accettazione la quota parte della retta spettante;

- nel caso in cui l'utente non sia dimissibile in CRA di norma, entro i successivi 3 giorni o nel caso in cui l'utente/i familiari rinuncino all'ingresso, il Distretto procede a contattare l'utente successivamente posizionato in graduatoria;
- il Distretto competente provvede ad inviare alla struttura la documentazione completa riferita al nuovo ospite (dati anagrafici, situazione familiare e sociale, condizione sanitaria e relativa testistica).

## 6.2. Trasferimento fra strutture

Si prevede inoltre una specifica graduatoria relativa alle richieste di “trasferimento fra strutture” con l'obiettivo di favorire e valorizzare le relazioni tra l'utente ed i propri congiunti.

Per il trasferimento della persona da una struttura ad un'altra deve essere valutato anche il benessere generale dell'anziano e, possibilmente, la scelta del trasferimento deve essere condivisa con l'anziano stesso.

L'utente già ospite (o il familiare/tutore di riferimento) di una struttura accreditata con l'Azienda che desideri essere trasferito in altra struttura può avanzare una motivata richiesta scritta al RC.

Il trasferimento tra strutture, nello stesso Distretto o in Distretti diversi, dovrà essere autorizzato e gestito dalla UASS distrettuale, nel caso del Distretto Città di Bologna dal referente ASP. Il trasferimento motivato dal ricongiungimento con il coniuge, il civilmente unito, il convivente o altro familiare entro il secondo grado già ospite in altra struttura accreditata ha precedenza rispetto all'ingresso dei cittadini presenti in graduatoria.

Il trasferimento può essere altresì richiesto al RC sia per un avvicinamento in struttura ubicata nel Comune/Quartiere di residenza del coniuge o di un familiare entro il secondo grado, sia per un rientro dell'utente nel proprio Comune/Quartiere di residenza (prima dell'ingresso in una struttura residenziale).

In questo caso il trasferimento è possibile solo quando lo stesso non danneggi l'inserimento dei cittadini già in graduatoria<sup>2</sup>.

L'autorizzazione per il trasferimento di utenti beneficiari di un contributo dell'Ente Locale per il pagamento della quota alberghiera della retta prevede necessariamente un avvallo dell'Ente Locale stesso.

## Art. 7 Sistema GARSIA

Le procedure di accesso, valutazione, inserimento in graduatoria ed ingresso in CRA sono gestite secondo i percorsi, gli strumenti e la modulistica informatizzata definiti ed utilizzati in modo integrato ed omogeneo su tutto il territorio dell'Azienda USL di Bologna dai soggetti istituzionali, dai professionisti e dagli Enti gestori nell'ambito del Sistema informatizzato GARSIA (Gestione Accesso alla Rete dei Servizi Integrati per Anziani).

In particolare si sottolinea che non saranno attivabili canali o strumenti alternativi per la presentazione della domanda o per l'eventuale richiesta di rivalutazione.

La gestione delle graduatorie, con specifico riferimento al loro aggiornamento, avviene secondo modalità informatizzate che ne assicurano la dinamicità e la costante revisione. La propria posizione in graduatoria può essere verificata in ogni momento dal cittadino presso lo Sportello sociale del Comune di residenza.

---

<sup>2</sup> Nel caso del Distretto dell'Appennino Bolognese, a causa delle specifiche caratteristiche ambientali del territorio, il trasferimento ha, in ogni caso, precedenza rispetto all'ingresso del cittadino in lista.

## **Art. 8 Monitoraggio e valutazione delle graduatorie**

I Distretti sono tenuti a provvedere ad una raccolta trimestrale dei dati necessari al monitoraggio ed alla valutazione delle graduatorie distrettuali..

## **Art. 9 Norme transitorie**

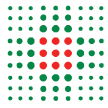
- Le domande che verranno presentate a decorrere dal trentesimo giorno successivo alla data di esecutività della deliberazione di approvazione del presente Regolamento saranno valutate secondo i criteri stabiliti dallo stesso e daranno luogo alla nuova lista di attesa che entrerà in vigore solo nel momento in cui saranno state ricollocate tutte le persone inserite nella graduatoria in essere;
- tutto il percorso di “ricollocazione” deve concludersi entro 6 mesi dall’entrata in vigore del presente regolamento;
- solo nella fase intermedia, fino all’entrata in vigore della nuova graduatoria, le nuove domande di inserimento in CRA verranno inserite anche nell’attuale graduatoria sulla base dei criteri del precedente regolamento (punteggio determinato da Scheda BINA H e Scheda di Valutazione della Situazione Socio-Familiare).

## Allegato n. 1

### SCHEDA BINA HOME

#### Scheda di Valutazione della Non Autosufficienza per Anziani Non Istituzionalizzati

10 30 60 100	1. MEDICAZIONI  ♣ non necessarie ♣ per ulcerazioni e distrofie cutanee ♣ per catetere a permanenza o stomia ♣ per ulcere da decubito	10 20 80 100	6. DEFICIT SENSORIALI (udito e vista)  ♣ normale ♣ deficit correggibile con l'aiuto di protesi e/o occhiali ♣ grave deficit non correggibile ♣ cecità e/o sordità completa
10 30 70 100	2. NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE  ♣ buona salute ♣ necessità di prestazioni sanitarie (non continuative) ♣ necessità di prestazioni sanitarie esterne (terapia radiante, consulenza specialistica) ♣ necessità di prestazioni sanitarie continuative: A) anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria: (es: cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e. v. etc.) B) trattamenti specialistici: [1] alimentazione parenterale o idratazione mediante catetere venoso centrale (CVC); alimentazione parenterale o idratazione per periodi superiori a 15 giorni mediante catetere venoso periferico (CVP); [2] SNG/PEG; [3] tracheotomia; [4] respiratore/ ventilazione assistita; [5] ossigenoterapia ad intervalli definiti o continuativi, non in acuzie; [6] dialisi; [7] trasfusioni eseguite in struttura; [8] controllo dolore per via parenterale o sottocutanea tramite infusori elastomeri o pompe; [9] altri trattamenti specialistici	10 30 80 100	7. MOBILITA' (libertà di movimento)  ♣ cammina autonomamente senza aiuto ♣ cammina con ausili e con aiuto programmato (o saltuario) ♣ si sposta solo con l'aiuto di altre persone e con sedia a ruote ♣ totalmente dipendente dagli operatori per le alzate e la mobilitazione
10 30 70 100	3. CONTROLLO SFINTERICO  ♣ presente ♣ incontinenza urinaria o fecale episodica ♣ incontinenza urinaria o fecale permanente ♣ incontinenza totale (urinaria e fecale)	10 20 70 100	8. ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA (igiene personale, abbigliamento, alimentazione)  ♣ totalmente indipendente ♣ aiuto programmato (o saltuario) ♣ aiuto quotidiano necessario ma parziale ♣ totalmente dipendente
10 50 80 100	4. DISTURBI COGNITIVO E/O COMPORTAMENTALI  ♣ assenti ♣ disturbi dell'umore (aspetto triste, malinconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci); ♣ disturbi della cognitività (non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità ma non presenta gravi e costanti BPSD disturbi comportamentali) ♣ frequente/costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sé e per gli altri)	10 20 70 100	9. FATTORI ABITATIVI E AMBIENTALI  ♣ l'abitazione è idonea ed i servizi sono fruibili (negozi, uffici, ecc...) ♣ l'abitazione è idonea ma presenta barriere architettoniche e ambientali limitanti la fruibilità dei servizi esterni ♣ è impedita la fruibilità completa dei servizi indispensabili (cucina e bagno) all'interno dell'abitazione ♣ totale inadeguatezza dell'abitazione: assenza di servizi fondamentali
10 40 70 100	5. FUNZIONI DEL LINGUAGGIO  ♣ comprende e si esprime normalmente (è in grado di usare il telefono) ♣ linguaggio menomato, ma esprime comunque il suo pensiero (non è in grado di usare il telefono) ♣ comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero ♣ non comprende, non si esprime	10 30 60 100	10. STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE (valutazione della disponibilità relazionale, effettiva ed assistenziale della rete familiare e sociale)  ♣ può contare sulla famiglia ♣ può contare parzialmente sulla disponibilità della famiglia ovvero dispone della rete informale ♣ famiglia e rete informale sono disponibili solo se interpellate dai servizi ♣ non può contare su nessuno



In data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ la Commissione certifica che il/la sig. \_\_\_\_\_

ha un punteggio totale riportato nella valutazione di \_\_\_\_\_ ed è: [1] autosufficiente [2] non autosufficiente  
Specificare se trattasi di : [1] Prima certificazione [2] Ulteriore certificazione n° \_\_\_\_\_

Autosufficiente: punteggio < 230      La Commissione: 1) \_\_\_\_\_

Non autosufficiente: punteggio => 230      2) \_\_\_\_\_

Patologia Prevalente \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_

### **Patologia Sanitaria Prevalente**

- [1] Neoplasie
- [2] Ictus
- [3] Demenza
- [4] Traumi e Fratture
- [5] Malattie Cardiovascolari
- [6] Incontinenza Sfinterica
- [7] Cecità
- [8] Sordità
- [9] Cecità e Sordità
- [10] Altre Condizioni Invalidanti Apparato Locomotore
- [11] Condizioni Invalidanti Apparato Respiratorio
- [12] Condizioni Invalidanti Apparato Genito-urinario
- [13] Altre Condizioni Invalidanti Apparato Neurologico
- [14] Sindromi Psichiatriche
- [15] Grande Senilità
- [16] Altro

## NOTE INTERPRETATIVE SCHEDA BINA HOME

### PREMESSA

#### Caratteristiche generali di BINA-H

Individua 10 indicatori di fragilità (i 10 item):

- 1) Medicazioni
- 2) Necessità di prestazioni sanitarie
- 3) Controllo sfinterico
- 4) Disturbi cognitivi e/o comportamentali
- 5) Funzioni del linguaggio
- 6) Deficit sensoriali (udito e vista)
- 7) Mobilità (libertà di movimento)
- 8) Attività della vita quotidiana (igiene personale, abbigliamento, alimentazione)
- 9) Fattori abitativi e ambientali
- 10) Stato della rete familiare e sociale

Ciascun indicatore di fragilità è suddiviso in 4 gradi in ordine crescente di disabilità:

- I grado: indicatore ben conservato, no elementi clinici rilevanti, no necessità di interventi assistenziali per ADL e IADL;
- II grado: lieve compromissione che interferisce con ADL (in genere limitata ad igiene completa e ad aiuto per indossare ausili) e IADL, interventi sanitari, tutelari, fisioterapici non complessi e non continuativi;
- III grado: compromissione moderato-severa dell'indicatore, necessità di interventi assistenziali, sanitari, tutelari, fisioterapici non complessi ma continuativi;
- IV grado: compromissione severa dell'indicatore considerato; necessità di interventi assistenziali sanitari, tutelari, fisioterapici complessi e continuativi.

## ITEM 1 - MEDICAZIONI

1.1 non necessarie	10
1.2 per ulcerazioni e distrofie cutanee	30
1.3 per catetere a permanenza o stomia	60
1.4 per ulcere da decubito	100

1.1 NON NECESSARIE: buona salute: non sono presenti soluzioni di continuità della cute.

### 1.2 PER ULCERAZIONI E DISTROFIE CUTANEE:

Si intende : la presenza di soluzioni di continuità della cute tipo ulcere varicose o di altro tipo quali post-traumatiche, arrossamenti cutanei, ulcere da decubito (altrimenti denominate piaghe da decubito o lesioni da pressione) di I grado (stato infiammatorio dei tessuti molli, con eritema della cute soprastante) e di grado II (lesione cutanea superficiale limitata all'epidermide e/o al derma che si presenta clinicamente sotto forma di vescicola, bolla o abrasione).

### 1.3 PER CATETERE A PERMANENZA O STOMIA:

Qualora il soggetto sia stabilmente portatore di catetere urinario o sia portatore di enterotomia o ureterocutaneostomia.

### 1.4 PER ULCERE DA DECUBITO:

Qualora siano presenti ulcere da decubito (altrimenti denominate piaghe da decubito o lesioni da pressione) di III grado (la lesione si estende oltre il grasso sottocutaneo fino alla fascia muscolare con necrosi del tessuto circostante e margini sottominati) o di IV grado (lesione estesa oltre il muscolo fino all'osso, con possibile osteomielite, e/o fino agli organi viscerali).

## Interpretazioni condivise

La cute secca e fragile dell'anziano esposta al rischio di lesione da minimo traumatismo e che merita pertanto un attento monitoraggio assistenziale rientra nel grado 1.2 (30 punti).

Le ulcere vascolari croniche specie nel paziente diabetico sono equiparabili ad una lesione da decubito di terzo grado e rientrano pertanto nel grado 1.4 (100 punti).

La ferita chirurgica rientra nel grado 1.4 (100 punti) solo se complicata (infezione con deiscenza dei margini, necessità di drenaggio, altro). In tutti gli altri casi ordinari rientra nel grado 1.2 (30 punti).

## ITEM 2 – NECESSITA' DI PRESTAZIONI SANITARIE

2.1 buona salute	10
2.2 necessità di prestazioni sanitarie (non continuative)	30
2.3 necessità di prestazioni sanitarie esterne (terapia radiante, consulenza specialistica)	70
2.4 necessità di prestazioni sanitarie continuative	100

### Interpretazioni condivise

#### 2.2 Necessità di prestazioni sanitarie (non continuative) 30 punti

I pazienti anziani che abitualmente vengono valutati a domicilio dalla commissione UVM semplificata o complessa rientrano ordinariamente in un grado non inferiore al 2.2 (30 punti).

Rientrano ordinariamente nel grado 2.2 (30 punti) anche quei pazienti che necessitano di consulenza specialistica soltanto una volta l'anno (ad esempio i portatori di pacemaker).

Pazienti con recenti traumi e fratture che hanno già raggiunto gli obiettivi riabilitativi tramite cicli di FKT.

#### 2.3 Necessità di prestazioni sanitarie esterne (terapia radiante, consulenza specialistica) 70 punti

Rientrano di norma in questo grado i pazienti che presentano le seguenti caratteristiche con necessità di frequenti controlli:

Diabete mellito insulino trattato con necessità di consulenza diabetologica (per scarso compenso metabolico o complicanze gravi e/o non stabilizzate).

Pazienti in carico al servizio di igiene mentale.

Pazienti seguiti da un centro esperto per i disturbi cognitivi (compresi pz già in carico e attualmente non più trasportabili che continuano a fare riferimento ad un CDC anche tramite periodiche consulenze telefoniche al care giver o al medico curante) per disturbi di tipo medio/grave.

Pazienti neoplastici seguiti da un centro oncologico.

Pazienti che necessitano di sostituzione periodica di cateteri ureterali.

Pazienti in ADI di 2° o 3° livello

Pazienti con patologie cardiache o respiratorie in labile compenso seguiti in ambiente specialistico.

Pazienti con recenti traumi e fratture che stanno seguendo un ciclo di FKT finalizzato al recupero anche parziale di autonomia motoria

Altre patologie che richiedono consulenze specialistiche esterne (ad esempio pazienti in TAO con Coumadin).

L'elenco di cui sopra è soltanto indicativo di alcune situazioni cliniche di più frequente riscontro ma non è esaustivo. La decisione se assegnare 30 o 70 punti su questo item scaturisce dalla valutazione del singolo caso compiuta dal geriatra che si rapporta con gli altri componenti della commissione valutativa, alla luce delle finalità progettuali che sottendono la valutazione multidimensionale.

**2.4.1 A) Anziani con patologie croniche in labile compenso con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad esempio: cure mediche e/o infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e. v., etc.).**

**2.4.2 B) Trattamenti specialistici:** [ 1 ] alimentazione parenterale o idratazione mediante catetere venoso centrale (CVC); alimentazione parenterale o idratazione per periodi superiori a 15 giorni mediante catetere venoso periferico (CVP); [ 2 ] SNG/PEG; [ 3 ] tracheostomia; [ 4 ] respiratore/ventilazione assistita; [ 5 ] ossigenoterapia ad intervalli definiti o continuativi, non in acuzie; [ 6 ] dialisi; [ 7 ] trasfusioni eseguite in struttura; [ 8 ] controllo dolore per via parenterale o sottocutanea tramite infusori elastomerici o pompe [ 9 ] Altri trattamenti specialistici



### ITEM 3 – CONTROLLO SFINTERICO

3.1 presente	10
3.2 incontinenza urinaria o fecale episodica	30
3.3 incontinenza urinaria o fecale permanente	70
3.4 incontinenza totale (urinaria e fecale)	100

3.1 PRESENTE : persona con normale controllo sfinterico

3.2 INCONTINENZA URINARIA O FECALE EPISODICA: persona con problemi di incontinenza urinaria o fecale occasionale dovuti, per esempio, a stress emotivi, disadattamento ambientale, cause iatrogene, etc.

3.3 INCONTINENZA URINARIA O FECALE PERMANENTE : persona con incontinenza urinaria o fecale permanente, necessita di pannoloni, condom o altri ausili e presidi sanitari.

3.4 INCONTINENZA TOTALE (URINARIA E FECALE ) : persona gravemente compromessa a livello sfinterico: presenta incontinenza urinaria e fecale permanente.

### Interpretazioni condivise

I pazienti portatori di catetere vescicale e che presentano incontinenza fecale completa rientrano nel grado 3.3 (70 punti).

Rientrano nel grado 3.4 (100 punti) i pazienti che presentano incontinenza fecale completa e incontinenza urinaria nonostante la presenza di catetere vescicale (trattasi comunque di situazioni non frequenti).

Ovviamente rientrano nel grado 3.4 (100 punti) i pazienti con doppia incontinenza, senza catetere vescicale.

Rientrano nei relativi gradi di gravità anche quelle persone affette da deterioramento cognitivo che pur avvertendo il fisiologico stimolo della minzione e defecazione completano l'atto o gli atti in luoghi o contesti non appropriati.

La condizione di chi è portatore di solo catetere vescicale viene valorizzata all'item 1.

#### ITEM 4 – DISTURBI COGNITIVI E/O COMPORTAMENTALI

4.1 assenti	10
4.2 disturbi dell'umore (aspetto triste, melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci)	50
4.3 disturbi cognitivi (non riesce a gestire i propri compiti le proprie necessità ma <b>NON</b> presenta gravi e costanti BPSD disturbi comportamentali)	80
4.4 frequente / costante comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo e/o violento (agitato, irrequieto, pericoloso per sé e per gli altri)	100

#### Interpretazioni condivise

Il grado 4.1 (10 punti) configura il paziente cognitivamente integro.

Il grado 4.2 (50 punti) configura il paziente affetto da sindrome depressiva.

Il grado 4.3 (80 punti) configura il paziente che presenta segni di deterioramento cognitivo, indipendentemente dal livello di gravità.

Qualora la commissione UVM non disponga di documentazione clinica e nel caso in cui le notizie anamnestiche fornite dai familiari non siano chiare ed esaustive, potrà essere eventualmente utile effettuare un test cognitivo (MMSE) al fine di confermare la diagnosi deterioramento cognitivo.

Il grado 4.4 (100 punti) configura un paziente compromesso sotto il profilo cognitivo e/o psichiatrico che presenti disturbi persistenti della sfera comportamentale.

Qualora si ravvisi la presenza di tale condizione, solo in questo caso sarà opportuno formalizzare una valutazione comportamentale attraverso la applicazione di uno strumento standardizzato (N.P.I).

## ITEM 5 – FUNZIONI DEL LINGUAGGIO

5.1 comprende e si esprime normalmente	10
5.2 linguaggio menomato ma esprime comunque il suo pensiero (non è in grado di usare il telefono)	40
5.3 comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il suo pensiero	70
5.4 non comprende, non si esprime	100

5.1 PARLA E COMPRENDE NORMALMENTE: comprensione ed espressione verbale normalmente conservate.

5.2 LINGUAGGIO MENOMATO, MA ESPRIME COMUNQUE IL SUO PENSIERO : la comprensione è sufficientemente conservata. La funzione del linguaggio può essere ridotta o parzialmente alterata ma rimane comprensibile ed è eventualmente integrata con linguaggio non verbale (gesti, monosillabi, scrittura, etc.).

5.3 COMPRENDE SOLO ORDINI SEMPLICI, NON RIESCE AD ESPRIMERE CON COERENZA IL SUO PENSIERO: la comprensione è conservata solo per gli ordini semplici. Non riesce ad esprimere correttamente le proprie esigenze. La qualità della vita della persona dipende dalla capacità del personale assistenziale di interpretare i bisogni della persona.

5.4 NON COMPRENDE, NON SI ESPRIME : la comprensione e l'espressione verbale sono assenti.

### Interpretazioni condivise

Le difficoltà maggiori riguardano la applicazione di questo item nel paziente con segni di compromissione cognitiva. Nei casi dubbi può essere utile utilizzare un test cognitivo breve al fine di valutare le abilità linguistiche e le capacità comunicative.

Il grado 5.2 (40 punti) può configurare un paziente con lieve deterioramento cognitivo in grado di sostenere una conversazione semplice e di rispondere a domande semplici.

Il grado 5.3 (70 punti) può configurare un paziente con diagnosi di sindrome demenziale conclamata o afasia.

Il grado 5.4 (100 punti) può configurare un paziente con demenza avanzata o afasia globale.

<b>ITEM 6 – DEFICIT SENSORIALI (UDITO E VISTA)</b>
--

6.1 normale	10
6.2 deficit correggibile solo con l'aiuto di protesi e/o occhiali	20
6.3 grave deficit non correggibile	80
6.4 cecità e/o sordità completa	100

6.1 NORMALE : assenza di deficit visivi e/o uditivi.

6.2 DEFICIT CORREGGIBILE SOLO CON L'AIUTO DI PROTESI E/O OCCHIALI : persona con ipoacusia compensata da protesi acustica funzionante, idonea, che corregge in larga misura il difetto uditivo; persona con deficit visivo efficacemente corretto da occhiali idonei.

6.3 GRAVE DEFICIT NON CORREGGIBILE : persona con grave deficit visivo e/o uditivo non correggibile nonostante l'uso di protesi acustiche e/o occhiali idonei.

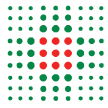
Le persone con deficit sensitivo monolaterale rientrano nel grado 6.3 (80 punti) nel caso questo comporti limitazioni.

6.4 CECITA' E/O SORDITA' COMPLETA

<b>Interpretazioni condivise</b>
----------------------------------

Rientrano nel grado 6.3 (80 punti) le persone affette da demenza avanzata che mostrano di non rispondere adeguatamente alle sollecitazioni visive e/o uditive

Rientrano nel grado 6.3 (80 punti) le persone con deficit sensoriale monolaterale che determina impatto funzionale.



## ITEM 7 – MOBILITA' (LIBERTA' DI MOVIMENTO)

7.1 cammina autonomamente senza aiuto	10
7.2 cammina con ausili e con aiuto programmato (o saltuario)	30
7.3 si sposta solo con l'aiuto di altre persone o con la sedia a ruote	80
7.4 totalmente dipendente dagli operatori per le alzate e le mobilizzazioni	100

7.1 CAMMINA AUTONOMAMENTE SENZA AIUTO: è in grado di entrare ed uscire autonomamente dalla residenza.

7.2 CAMMINA CON AUSILI E CON AIUTO PROGRAMMATO: persona che si muove in piano utilizzando autonomamente corrimano o ausili come tripode, bastone, deambulatori, sedia a ruote. E' in grado di entrare ed uscire autonomamente dalla residenza, ma necessita di aiuto attivo da parte di altra persona per superare barriere architettoniche quali gradini, vasca da bagno, etc.

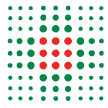
7.3 SI SPOSTA SOLO CON L'AIUTO COSTANTE DI ALTRE PERSONE E CON LA SEDIA A RUOTE: persona obbligata ad utilizzare ausili come deambulatori, sedia a ruote e non in grado di entrare ed uscire autonomamente dalla residenza. Deve essere sempre aiutato per svolgere le normali attività della vita quotidiana : es. uso del bagno, salire e scendere dal letto, etc.

7.4 TOTALMENTE DIPENDENTE DAGLI OPERATORI PER LE ALZATE E LE MOBILIZZAZIONI: l'autonomia motoria è completamente compromessa e non può essere corretta efficacemente da nessun ausilio; la mobilizzazione e le alzate sono dipendenti esclusivamente dagli operatori. Sono da ricomprendere le condizioni cliniche croniche non compatibili con le alzate.

### Interpretazioni condivise

Rientrano nei relativi gradi di gravità anche quelle persone affette da deterioramento cognitivo che, pur riuscendo a deambulare, devono essere obbligatoriamente accompagnate in quanto non in grado di svolgere finalisticamente tale funzione.

Rientrano nel grado 7.3 (80 punti) i pazienti che presentano un comportamento motorio aberrante (wandering).



## ITEM 8 – ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

8.1 totalmente indipendente	10
8.2 aiuto programmato (o saltuario)	20
8.3 aiuto quotidiano necessario ma parziale	70
8.4 totalmente dipendente	100

8.1 TOTALMENTE INDIPENDENTE : la persona è in grado di provvedere all'igiene personale compreso il bagno, di curare il proprio abbigliamento e la propria alimentazione.

8.2 AIUTO PROGRAMMATO: la persona è in grado di provvedere all'igiene personale parziale, ma necessita di aiuto per il bagno. Per l'abbigliamento necessita di aiuto per indossare, ad esempio, busti ortopedici e calzature particolari. Si alimenta autonomamente.

8.3 AIUTO NECESSARIO MA PARZIALE : la persona può essere in grado di lavarsi il viso e le mani. Per l'abbigliamento necessita di aiuto per alcune operazioni (ad es. allacciarsi le scarpe, i bottoni, etc. ) o per abbigliamento parziale. Non deve essere imboccato, ma necessita di cibi confezionati in modo semplice o predisposti dagli operatori ( carne tagliata, etc). Necessità di stimolazione /supervisione /controllo da parte degli operatori. Può presentare disfagia lieve per i solidi e/o per i liquidi.

8.4 TOTALMENTE DIPENDENTE: l'igiene della persona, l'abbigliamento e l'alimentazione sono a completo carico del personale assistenziale. Può presentare disfagia moderata o grave per i solidi e/o per i liquidi.

### ITEM 9 – FATTORI ABITATIVI E AMBIENTALI

9.1 l'abitazione è idonea ed i servizi esterni sono fruibili (negozi uffici)	10
9.2 l'abitazione è idonea ma presenta barriere architettoniche e ambientali limitanti la fruibilità dei servizi esterni	20
9.3 è impedita la fruibilità completa dei servizi indispensabili (cucina e bagno) all'interno dell'abitazione	70
9.4 totale inadeguatezza dell'abitazione: assenza dei servizi fondamentali	100

### ITEM 10 – STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE

10.1 Può contare sulla famiglia	10
10.2 Può contare parzialmente sulla volontà della famiglia, ovvero dispone di rete informale	30
10.3 Famiglia e rete informale sono disponibili solo se interpellati dai servizi	60
10.4 Non può contare su nessuno	100

## Allegato n. 2

### SCHEDA DI VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE SOCIO-FAMILIARE

Punteggio	Descrizione
60	L'anziano può contare su una rete socio-familiare senza problematiche di rilievo e in grado di prendersi cura delle sue necessità assistenziali direttamente o anche avvalendosi di servizi assistenziali privati.
150	L'anziano può contare su una rete socio-familiare che è in grado solo parzialmente di prendersi cura in modo efficace delle sue necessità assistenziali (esempi: distanza abitativa di parenti e conoscenti, difficoltà di conciliare impegni di lavoro e familiari con l'assistenza all'anziano, etc...)
240	L'anziano presenta una rete socio-familiare in grave difficoltà nel prendersi cura in modo efficace delle sue necessità assistenziali (esempi: rete socio-familiare in grado di garantire assistenza solo per tempo limitato e/o situazioni contingenti, etc...)
300	L'anziano non può contare sull'aiuto di una rete socio-familiare in grado di prendersi cura delle sue necessità assistenziali (esempi: rete socio-familiare assente o del tutto inefficace).

### Note interpretative

Oggetto della Scheda di Valutazione della Situazione Socio-Familiare è l'effettiva capacità della famiglia/rete sociale di fornire sostegno alla persona anziana interessata; tale valutazione produce un punteggio utilizzabile nelle richieste di ammissione ai servizi della rete integrata socio-sanitaria per i quali la regolamentazione vigente lo prevede.

Deve essere pertanto chiaro che la Scheda non prende in esame tutti gli ambiti che costituiscono gli elementi della valutazione professionale dell'assistente sociale, ma solo quello specificamente riferito alla situazione socio-familiare.

La compilazione della Scheda non prevede una semplice verifica della composizione della rete socio-familiare perché questa, anche se presente e numericamente significativa, può non potere/essere in grado di fornire l'aiuto adeguato alla situazione di bisogno dell'anziano. Nella compilazione della Scheda occorre quindi valutare l'effettiva capacità della rete socio-familiare di far fronte alle necessità assistenziali dell'anziano interessato.

L'assistente sociale procede dunque nella valutazione tenendo conto:

- dell'età, dello stato di salute e di autosufficienza delle persone della rete socio-familiare;
- della loro coabitazione o della vicinanza o meno della loro abitazione/sede di lavoro o attività svolta al domicilio dell'anziano da assistere;
- del tempo a disposizione in rapporto agli impegni personali (lavoro, cure familiari, etc...);



- del grado di disponibilità a fornire supporto e della competenza/capacità pratica, organizzativa ed emotiva, anche avvalendosi di servizi privati;
- della capacità della rete socio-familiare nel rapportarsi con i servizi pubblici interessati per la corretta soluzione dei problemi.

Si precisa che la presenza di un'assistente familiare e/o di una qualsiasi altra forma di assistenza privata domiciliare devono essere considerate risorse attivabili dalla rete socio-familiare (al pari di altri servizi pubblici o privati) e non parte integrante della rete socio-familiare.

La Scheda prevede la seguente articolazione (da un valore minimo 20 ad un valore massimo 100) in base alla crescente difficoltà della rete socio-familiare a rispondere in modo adeguato alle necessità assistenziali dell'anziano:

- *punteggio 60 (minimo)*: situazione sostanzialmente adeguata in presenza di una rete socio-familiare che è in grado di prendersi cura dell'anziano (anche avvalendosi di servizi privati);
- *punteggio 150*: situazione in cui la rete socio-familiare, pur attestata su un livello di sufficienza nel prendersi cura dell'anziano, potrebbe trarre beneficio da un intervento integrativo/di supporto dei Servizi;
- *punteggio 240*: situazione in cui la rete socio-familiare non riesce a rispondere alle necessità assistenziali dell'anziano in modo adeguato e pertanto necessita dell'intervento dei Servizi;
- *punteggio 300 (massimo)*: situazione di grave difficoltà che necessita dell'intervento dei Servizi laddove la rete socio-familiare si riveli assente e/o completamente inadeguata nel prendersi cura dell'anziano.

La consapevolezza di questa gradualità di punteggio permette all'assistente sociale di identificare il punteggio più idoneo, anche nelle situazioni in cui non vi sia piena corrispondenza tra il caso esaminato e le descrizioni riportate nella Scheda.

### Allegato n. 3

TABELLA DI CALCOLO PUNTEGGIO DI INSERIMENTO IN GRADUATORIA PER ACCESSO IN CRA						
<b>SCHEDA BINA HOME (A)</b>	ITEM 1	MEDICAZIONI	10	30	60	100
	ITEM 2	NECESSITA' PRESTAZIONI SANITARIE	10	30	70	100
	ITEM 3	CONTROLLO SFINTERICO	10	30	70	100
	ITEM 4	DISTURBI COMPORTAMENTALI	10	50	80	100
	ITEM 5	COMUNICAZIONE	10	40	70	100
	ITEM 6	DEFICIT SENSORIALI	10	20	80	100
	ITEM 7	MOBILITA'	10	30	80	100
	ITEM 8	ATTIVITA' VITA QUOTIDIANA	10	20	70	100
	ITEM 9	STATO RETE SOCIALE	10	30	60	100
	ITEM 10	FATTORI ABITATIVI E AMBIENTALI	10	20	70	100
	<b>PUNTEGGIO TOTALE BINA H</b>					
<b>SCHEDA VALUTAZIONE SITUAZIONE SOCIO FAMILIARE (B)</b>	RETE SOCIO/FAMILIARE ADEGUATA					60
	RETE SOCIO/FAMILIARE CON MODERATE DIFFICOLTA'					150
	RETE SOCIO/FAMILIARE MULTIPROBLEMATICA					240
	RETE SOCIO/FAMILIARE ASSENTE					300
<b>SITUAZIONE ECONOMICA (C)</b>	ISEE = 0 €					230
	ISEE COMPRESO FRA 1 € - 44.999 € PUNTEGGIO DA CALCOLARE CON FORMULA*					
	ISEE >= 45.000 € OPPURE RIFIUTA DI PRESENTARE ISEE					0
<b>PUNTEGGIO COMPLESSIVO</b>						<b>(A+B+C)</b>

**\*NOTA.** Per calcolare il punteggio corrispondente ad un determinato ISEE si applica la seguente formula matematica:

**[(Differenza tra ISEE massimo e valore ISEE considerato) / (Differenza tra ISEE massimo e ISEE minimo)] \* punteggio massimo**

$$[(45.000 - \text{valore ISEE}) / (45.000 - 1)] * 230 = [(45.000 - \text{valore ISEE}) / 44.999] * 230$$

Alcuni esempi pratici di calcolo del punteggio:

Valore ISEE minimo di 1€

$$[(45.000 - 1) / 44.999] * 230 = (44.999 / 44.999) * 230 = 1 * 230 = 230$$

Valore ISEE di 6.931€

$$[(45.000 - 6.931) / 44.999] * 230 = (38.069 / 44.999) * 230 = 0,84599658 * 230 = 194,579213$$

Valore ISEE di 16.449,60€

$$[(45.000 - 16.449,60) / 44.999] * 230 = (28.550,40 / 44.999) * 230 = 0,63446743 * 230 = 145,92751$$

Valore ISEE di 22.549,07€

$$[(45.000 - 22.549,07) / 44.999] * 230 = (22.450,93 / 44.999) * 230 = 0,49892064 * 230 = 114,751748$$

Valore ISEE massimo di 45.000€

$$[(45.000 - 45.000) / 44.999] * 230 = (0 / 44.999) * 230 = 0 * 230 = 0$$