

Prot. n. (SOC/99/27533)

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 che indica tra gli obiettivi della riforma sanitaria la tutela della salute degli anziani e individua agli artt. 25, 26 e 28 le prestazioni di carattere curativo, riabilitativo e di assistenza farmaceutica che devono essere garantite dal Servizio sanitario nazionale precisandone le modalità di erogazione;
- l'art. 30 della Legge 27 dicembre 1983, n. 730 che pone a carico del Fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali;
- la L.R. n. 2 del 12 gennaio 1985 "Riordino e programmazione delle funzioni di assistenza sociale" che fissa norme per:
 - l'individuazione degli aventi diritto alle prestazioni assistenziali;
 - l'individuazione dei soggetti non istituzionali che svolgono attività assistenziale e le modalità per il convenzionamento;
 - le modalità per la programmazione degli interventi;
- il DPCM 8 agosto 1985 che individua le attività di rilievo sanitario dei servizi socio-assistenziali;
- la propria delibera di applicazione del DPCM 8 agosto 1985, n. 131 del 21 gennaio 1986, così come integrata dalla delibera n. 948 del 18 marzo 1986 di risposta ai chiarimenti forniti alla CCARER;
- la propria deliberazione n. 876 del 9/3/1993 "Direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti a domicilio e nei presidi integrati assistenziali-sanitari semiresidenziali e residenziali" (CCARER 25/3/1993, prot. n. 1997/1300);
- la propria deliberazione n. 5106 del 12/10/94 "Integrazioni alla direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie e a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti a domicilio e nei presidi integrati assistenziali sanitari semiresidenziali e residenziali di cui alla delibera di Giunta regionale n. 876 del 9/3/1993" (CCARER 28/10/94 prot. 1304/1222);

- la propria deliberazione n. 351 del 6/3/96 "Modifica della Deliberazione della Giunta regionale n. 876 del 9/3/96 'Direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie e a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti a domicilio e nei presidi integrati assistenziali sanitari semiresidenziali e residenziali" (CCARER 20/3/96 prot. 333/384);
- la propria deliberazione n. 1637 del 17 luglio 1996 "Direttiva regionale per l'identificazione degli interventi socio-assistenziali a carico del bilancio sociale e degli interventi sociali a rilievo sanitario a carico del Fondo sanitario nazionale" (CCARER del 19/8/96 prot. 46/27);
- la L.R. 3 febbraio 1994, n. 5 "Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore di anziani non autosufficienti", ed in particolare il comma 4 dell'art. 20, che prevede che la Regione con apposita direttiva individui gli standard di funzionamento, gli organici nonché gli oneri a rilievo sanitario, ed il comma 6 dell'art. 20, che indica i criteri per l'imputazione degli oneri relativi alle attività sanitarie e quelli per le attività a rilievo sanitario;
- il comma 3 dell'art. 1, il comma 5 dell'art. 2, il comma 2 dell'art. 16 della L.R. 12 ottobre 1998, n. 34 "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14 gennaio 1997, nonché di funzionamento di strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-sanitaria e socio-assistenziale";
- la propria deliberazione n. 124 dell'8/2/1999 "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari";
- la propria deliberazione n. 1455 del 28/7/1997 "Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento della funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna";
- il protocollo d'Intesa tra Regione e Sindacati medici allegato alla deliberazione del Consiglio regionale n. 1177 del 28 gennaio 1987, la propria deliberazione n. 1132 del 23/4/1991 "Approvazione di due protocolli d'intesa concernenti l'accordo nazionale per la medicina generale" e la propria deliberazione n. 1487 dell'1 agosto 1997 "Approvazione degli Accordi attuativi regionali ex DPR 484/96";
- la legge 26 febbraio 1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che all'art. 1 abroga il DPR 225/1974;

Considerato che:

- gli anziani in condizione di non autosufficienza devono essere assistiti dalla rete dei servizi e presidi assistenziali-sanitari residenziali e semiresidenziali di cui all'art. 20 della citata L.R. 5/94;

- la condizione di non autosufficienza deve essere valutata in relazione a fattori sociali, relazionali e sanitari considerati in modo globale come indicato dal comma 2 dell'art. 2 della L.R. 5/94;

- a norma del 6 comma dell'art. 20 della L.R. 5/94, gli interventi sanitari e a rilievo sanitario all'interno della rete dei servizi e presidi assistenziali e socio-sanitari a favore degli anziani sono garantiti dal Servizio sanitario regionale;

Ritenuto di dover garantire prestazioni integrate sanitarie e assistenziali agli anziani in condizione di non autosufficienza inseriti nei servizi integrati socio-sanitari della rete previsti dall'art. 20 della L.R. 5/94 sostituendo la direttiva già approvata con propria deliberazione n. 876 del 9/3/93 sopracitata, integrata e modificata con proprie deliberazioni n. 5106 del 12/10/1994 e n. 351 del 6/3/1996 sopracitate;

Dopo ampio confronto e discussione in merito alla direttiva oggetto della presente deliberazione, con le Istituzioni, le Organizzazioni Sindacali, i rappresentanti degli Enti gestori di servizi per anziani non autosufficienti;

Dato atto del parere favorevole espresso dal responsabile del Servizio Servizi Socio-sanitari dr. Graziano Giorgi e dal responsabile del Servizio Distretti sanitari Dott.ssa Maria Lazzarato in merito alla regolarità tecnica della presente deliberazione, per quanto di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 4, sesto comma, della L.R. 19 novembre 1992, n. 41 e della deliberazione della Giunta regionale n. 2541 del 4 luglio 1995;

Dato atto del parere favorevole espresso dal Direttore Generale Politiche sociali dr. Francesco Cossentino e dal Direttore Generale Sanità dr. Tiziano Carradori in merito alla legittimità della presente deliberazione, per quanto di rispettiva competenza, ai sensi dell'art. 4, sesto comma, della L.R. 19 novembre 1992, n. 41 e della deliberazione della Giunta regionale n. 2541 del 4 luglio 1995;

Su proposta congiunta dell'Assessore alle politiche sociali educative e familiari. Qualità urbana. Immigrazione. Aiuti internazionali e dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

1) di emanare alle Aziende Unità sanitarie locali la direttiva allegata parte integrante e sostanziale della presente deliberazione con gli allegati 1 e 2, che sostituisce la precedente approvata con propria deliberazione n. 876 del 9/3/1993, integrata e modificata con proprie deliberazioni n. 5106 del 12/10/94 e n. 351 del 6 marzo 1996;

2) di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna.

- - -

DIRETTIVA PER L'INTEGRAZIONE DI PRESTAZIONI SOCIALI E SANITARIE ED A RILIEVO SANITARIO A FAVORE DI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NEI SERVIZI INTEGRATI SOCIO-SANITARI DI CUI ALL'ART. 20 DELLA LEGGE REGIONALE n. 5/94.

Le Aziende Unità sanitarie locali, a norma del comma 6 dell'art. 20 della L.R. 3 febbraio 1994 n. 5, adottano provvedimenti per assicurare, direttamente o tramite apposita convenzione, in caso di servizi o presidi gestiti da altri soggetti, l'assistenza sanitaria secondo gli standard e con le modalità di seguito richiamate e per imputare sul Fondo sanitario regionale, nei limiti di seguito specificati, il rimborso delle prestazioni sanitarie e degli oneri derivanti da prestazioni socio-assistenziali a rilievo sanitario erogate nei servizi della rete per anziani non autosufficienti di cui comma 2 dell'art. 20 della L.R. 5/94.

1) FINALITA'

Finalità del presente atto è tutelare gli anziani in condizione di non autosufficienza, assistiti a domicilio e nei presidi della rete dei servizi socio-sanitari integrati semiresidenziali e residenziali, garantendo la globalità, l'unitarietà e la continuità delle risposte ai bisogni assistenziali e la collaborazione e partecipazione dell'anziano e del nucleo familiare di appartenenza ed il sostegno allo stesso.

2) Servizi e presidi integrati sanitari assistenziali. Destinazione delle prestazioni. Soggetti istituzionali coinvolti. Rapporto tra soggetti diversi.

I servizi e presidi integrati sanitari-assistenziali cui si riferisce la presente direttiva sono quelli previsti dall'art. 20 della LR 5/94:

- i servizi di assistenza domiciliare integrata;
- i centri diurni socio-assistenziali;
- le strutture residenziali per anziani non autosufficienti: case protette e residenze sanitarie assistenziali (RSA).

L'organismo di gestione dell'accordo di programma ex art. 14 L.R. 5/94, nell'ambito delle linee della programmazione regionale e territoriale, determina in ogni distretto i criteri per la individuazione dei servizi e la relativa offerta di posti da mettere a disposizione della rete dei servizi socio-sanitari integrati, tenendo conto della opportunità di privilegiare i soggetti gestori di strutture e servizi che offrono:

- livelli assistenziali e qualità più elevate,
- flessibilità nei servizi offerti e capacità di differenziare l'offerta in relazione ai bisogni degli anziani, garantendo un alto livello di continuità assistenziale;

- migliore integrazione tra attività sanitarie e socio-assistenziali,
- rette più basse a carico degli utenti a parità di livelli assistenziali e di qualità da valutarsi, in attesa dell'adozione del sistema di accreditamento, in base a criteri individuati con determinazione del Direttore Generale alle politiche sociali d'intesa con il Direttore Generale alla Sanità,
- dimensioni tali da assicurare maggiore efficienza gestionale.

L'Azienda Unità sanitaria attraverso il Distretto competente per territorio, sulla base dei criteri determinati come sopra, individua i servizi e la relativa offerta di posti da mettere a disposizione della rete dei servizi socio-sanitari integrati e garantisce, all'interno dei servizi individuati come sopra, prestazioni sanitarie e a rilievo sanitario come successivamente indicato nella presente direttiva.

I destinatari delle prestazioni sanitarie ed a rilievo sanitario sono gli anziani non autosufficienti residenti nel territorio regionale, assistiti nei servizi e presidi prima indicati, in condizione di non autosufficienza in base al programma assistenziale personalizzato elaborato dall'UVGT.

Qualora tali servizi e presidi siano gestiti da enti o soggetti diversi dall'Azienda Unità sanitaria locale, la stessa Azienda Unità sanitaria locale stipula apposite convenzioni:

- con i Comuni che gestiscono servizi di assistenza domiciliare, integrati con i servizi sanitari ed in possesso dei requisiti previsti dalla presente direttiva ed in linea con gli indirizzi regionali in materia di cure domiciliari;
- con gli Enti gestori di strutture residenziali (case protette e RSA) e di centri diurni socio-assistenziali, in possesso dell'autorizzazione di cui al comma 3 dell'art. 1 della L.R. 34/98, fatto salvo quanto previsto dal comma 2 dell'art. 16 della stessa legge, e dei requisiti previsti dalla presente direttiva.

3) Prestazioni sanitarie assicurate dalle Aziende Unità sanitarie locali

Le prestazioni sanitarie di cui al presente atto riguardano:

- assistenza medica di base,
- assistenza specialistica,
- assistenza farmaceutica,
- assistenza riabilitativa,
- trasporti sanitari,
- coordinamento dell'assistenza sanitaria nelle strutture

residenziali.

3.1 ASSISTENZA MEDICA

Le AUSL nelle strutture residenziali per non autosufficienti (case protette e RSA) provvedono a garantire l'assistenza medica ed assicurano l'espletamento delle funzioni e delle attività mediche di diagnosi e cura e di coordinamento di cui all'allegato 1.

Le AUSL individuano le modalità di erogazione dell'assistenza medica tra quelle possibili a norma di legge valutando le scelte idonee nei diversi contesti territoriali, tenendo conto:

- della qualità dell'assistenza fornita;
- dell'effetto indotto sugli indirizzi gestionali delle strutture residenziali e del livello di integrazione socio-sanitaria;
- della spesa complessiva diretta ed indiretta (frequenza ricoveri ospedalieri, appropriatezza prescrizioni farmaceutiche, ricorso alla Guardia Medica, appropriatezza prescrizioni diagnostica strumentale).

Le scelte in ordine alle modalità di erogazione dell'assistenza medica sono verificate periodicamente dalle AUSL che se del caso modificano le stesse con riferimento al perseguimento degli obiettivi sopra indicati.

Le AUSL nell'ambito del piano delle attività formative e di aggiornamento del distretto, in accordo con il Servizio Assistenza Anziani, predispongono ed attuano un programma annuale di aggiornamento del personale medico che opera nelle strutture residenziali di cui alla presente direttiva.

3.2 ASSISTENZA SPECIALISTICA

Le AUSL a favore degli anziani ospitati nelle strutture residenziali per non-autosufficienti (case protette ed RSA):

- a) assicurano prestazioni specialistiche programmate in relazione alle specialità più frequentemente richieste in base alle necessità ed ai piani assistenziali degli anziani ospiti in particolare per gli aspetti riabilitativi;
- b) attivano con procedure formalizzate canali privilegiati e gli altri istituti previsti dalla normativa vigente per favorire l'accesso alle prestazioni specialistiche per tutte le altre specialità.

3.3 ASSISTENZA FARMACEUTICA

Per gli anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata si rinvia a quanto previsto nei criteri regionali per l'erogazione delle cure domiciliari.

Le Aziende Unità sanitarie locali assicurano a favore degli anziani non

autosufficienti ospitati nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti (case protette e RSA) la fornitura di farmaci e dispositivi medici di uso corrente e prodotti per l'alimentazione artificiale, con esclusione dei presidi per l'incontinenza e del materiale di medicazione, per il tramite del normale sistema di approvvigionamento.

Le Aziende Unità sanitaria locale, all'interno del prontuario terapeutico locale, definiscono nell'ambito di protocolli aziendali, in analogia con quanto previsto per i presidi ospedalieri, i farmaci la cui fornitura è garantita alle strutture residenziali per anziani non autosufficienti di cui alla presente direttiva per il normale sistema di approvvigionamento. A tal fine, in collaborazione con i Servizi Assistenza Anziani, i Distretti assumono tutte le iniziative necessarie atte a favorire da parte dei medici che assicurano l'attività di diagnosi e cura nelle strutture residenziali, l'utilizzo del prontuario terapeutico locale.

Le AUSL sono tenute a evidenziare separatamente per ogni struttura residenziale di cui alla presente direttiva la spesa annua sostenuta per farmaci, dispositivi medici di uso corrente e prodotti per l'alimentazione artificiale, correlando la stessa alle modalità di erogazione dell'assistenza medica ed al case-mix degli ospiti della struttura.

3.4 ASSISTENZA INFERMIERISTICA

L'abrogazione del mansionario infermieristico disposta dall'art. 1 della legge 42/99 favorisce lo sviluppo dell'attività infermieristica in piena autonomia sia in ambito ospedaliero che territoriale. All'interno dei servizi territoriali, e tra questi anche i presidi della rete integrata di cui alla presente direttiva, è pertanto possibile garantire continuità terapeutica per trattamenti specifici che in passato potevano essere eseguiti solo in presenza del medico.

Le Aziende Unità sanitarie locali, alla luce delle opportunità offerte dal nuovo quadro normativo richiamato in precedenza, assicurano a favore degli anziani non autosufficienti assistiti da servizi di cui al precedente punto 2) un'assistenza infermieristica nella misura di seguito indicata.

3.4.1 ADI

Agli anziani non autosufficienti assistiti al domicilio è assicurata l'assistenza infermieristica integrata con l'assistenza medica e l'assistenza socio-tutelare, secondo quanto previsto dai piani individuali di assistenza e dalle modalità organizzative individuate nei criteri regionali per l'erogazione delle cure domiciliari.

3.4.2. CENTRO DIURNO

Nei centri diurni è assicurata un'assistenza infermieristica dimensionata in relazione a quanto previsto dai piani individuali di assistenza. Le AUSL adottano modalità di erogazione dell'assistenza infermieristica nei centri diurni ottimizzando l'utilizzo delle risorse, soprattutto nel caso di centri diurni inseriti in strutture residenziali convenzionate. A tal fine valutano complessivamente i benefici derivanti dalla copertura infermieristica considerando anche l'effetto positivo indotto da una adeguata copertura

infermieristica in termini di riduzione del ricorso ad altre prestazioni sanitarie.

3.4.3 CASA PROTETTA

All'interno delle case protette è assicurata una presenza di personale infermieristico entro un rapporto minimo di 1 infermiere ogni 12 anziani non autosufficienti ospitati ed un rapporto massimo di 1 infermiere ogni 10 anziani. L'AUSL e l'Ente gestore concordano il rapporto infermiere/anziani non autosufficienti più adeguato in relazione al case-mix degli ospiti e del carico assistenziale infermieristico.

Nel caso in cui la presenza infermieristica sull'arco delle 24 ore è motivata dal case-mix degli ospiti e da motivi di economicità, efficienza ed efficacia in considerazione della possibilità di garantire continuità assistenziale nella stessa struttura, l'Azienda USL e l'Ente gestore possono incrementare il rapporto infermiere/anziani non autosufficienti rispetto al livello di 1/10.

3.4.4 RSA

All'interno delle RSA è assicurata la presenza di personale infermieristico in misura di 1 infermiere professionale ogni 6 anziani non autosufficienti e comunque una presenza continuativa nell'arco delle 24 ore.

Nel caso di nuclei di tipologie e intensità assistenziale diversa all'interno della stessa struttura, ai fini della presenza continuativa di personale infermieristico, va previsto un utilizzo integrato delle risorse infermieristiche presenti nella struttura nel suo insieme.

Le Aziende Unità sanitarie locali assicurano il coordinamento tecnico-professionale dell'assistenza infermieristica erogata nei diversi servizi assistenziali indicati. A tal fine le Aziende Unità Sanitarie Locali individuano su base distrettuale il responsabile tecnico-professionale dell'assistenza infermieristica dei servizi semiresidenziali e residenziali di cui alla presente direttiva anche per promuovere un costante miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica.

Le AUSL nell'ambito del piano delle attività formative di ogni distretto, in accordo con il Servizi di Assistenza Anziani, predispongono ed attuano un programma annuale di aggiornamento professionale del personale infermieristico operante nei servizi semiresidenziali e residenziali di cui alla presente direttiva. A tal fine le AUSL assicurano la partecipazione e le sostituzioni del personale infermieristico per un'attività di aggiornamento tecnico-professionale di almeno 10 ore annue.

L'assistenza infermieristica può essere erogata:

- a) con personale messo a disposizione dall'AUSL;
- b) con personale messo a disposizione dagli enti gestori.

In quest'ultimo caso l'Azienda Unità sanitaria locale, previo accordo preventivo con l'ente gestore, provvede al rimborso degli oneri

effettivamente sostenuti entro i limiti precedentemente fissati.

La scelta in merito alla modalità di erogazione dell'assistenza infermieristica è di competenza dell'AUSL che deve valutare, sentito il parere dell'ente gestore, l'economicità, l'efficienza, l'efficacia e la qualità delle diverse opzioni possibili, tenendo conto della necessità di assicurare il più alto livello di integrazione possibile tra attività sanitarie e socio-assistenziali all'interno delle singole strutture.

3.5. ASSISTENZA RIABILITATIVA

Le Aziende Unità sanitarie locali assicurano agli anziani non autosufficienti assistiti nei centri diurni socio-assistenziali un'assistenza riabilitativa in relazione a quanto previsto nei piani individuali di assistenza.

Nelle strutture residenziali per anziani non autosufficienti le prestazioni riabilitative sono garantite secondo gli standard indicati successivamente. Tali prestazioni riguardano:

-) programmi individuali di riabilitazione, per gli ospiti che non possono rivolgersi a normali presidi, su indicazione del fisiatra;
-) attività integrate con gli alti interventi della struttura nell'ambito dei programmi "globali" individuali e dei piani integrati di organizzazione per gruppi di ospiti;
-) attività di supporto e di consulenza al personale addetto all'assistenza di base ed al personale infermieristico per garantire continuità nelle azioni di riattivazione, mantenimento e rieducazione degli ospiti;
-) attività di consulenza per quanto concerne ausili, attrezzature, strumenti e suggerimenti utili alla collettività degli ospiti.

Nelle case protette è assicurata un'assistenza riabilitativa con un rapporto di 1 operatore terapeuta della riabilitazione ogni 60 anziani non autosufficienti. Nelle RSA è assicurata un'assistenza riabilitativa con un rapporto di 1 operatore terapeuta della riabilitazione ogni 40 anziani non autosufficienti. In caso di accertato bisogno di riabilitazione cognitiva e/o del linguaggio, esclusivamente sulla base dei piani individuali di assistenza, l'AUSL garantisce parte degli standard di cui ai capoversi precedenti mediante altre figure professionali con percorsi di specifica qualificazione nel campo della riabilitazione cognitiva e/o del linguaggio con riferimento all'assistenza agli anziani.

L'assistenza riabilitativa può essere erogata:

- a) con personale messo a disposizione dall'AUSL;
- b) con personale messo a disposizione dagli enti gestori.

In quest'ultimo caso l'Azienda Unità sanitaria locale, previo accordo preventivo con gli enti gestori, provvede al rimborso degli oneri

effettivamente sostenuti entro i limiti precedentemente fissati.

La scelta in merito alla modalità di erogazione dell'assistenza riabilitativa è di competenza dell'AUSL che deve valutare, sentito il parere dell'ente gestore, l'economicità, l'efficienza, l'efficacia e la qualità delle diverse opzioni possibili, tenendo conto della necessità di assicurare il più alto livello di integrazione possibile tra attività sanitarie e socio-assistenziali all'interno delle singole strutture.

3.6 TRASPORTI SANITARI

Le Aziende Unità Sanitarie Locali assicurano i trasporti sanitari in caso di ricovero ordinario e dimissione da presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati di anziani non autosufficienti, allettati o non trasportabili con mezzi ordinari, ospitati nelle strutture residenziali (case protette e RSA) di cui alla presente direttiva. Gli altri trasporti (visite specialistiche, etc.) sono a carico degli enti gestori. I Servizi Assistenza Anziani promuovono forme di coordinamento tra tutti gli enti gestori di strutture residenziali del distretto al fine di assicurare per i trasporti sanitari che non rientrano nei casi di cui al precedente primo comma:

- a) tariffe agevolate ed omogenee da parte dei soggetti che organizzano servizi di trasporto infermi;
- b) forme di collaborazione con le organizzazioni di volontariato per tutti i trasporti di anziani non allettati che non necessitano di un mezzo sanitario.

3.7 COORDINAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

L'attività di coordinamento delle attività sanitarie, da espletarsi in stretta collaborazione con la direzione della struttura residenziale, consiste in:

- coordinamento organizzativo delle attività sanitarie per garantire la massima integrazione con tutte le altre attività della struttura residenziale;
- coordinamento del personale infermieristico e riabilitativo;
- individuazione delle soluzioni logistiche e delle modalità organizzative per l'effettuazione delle visite specialistiche;
- promozione di incontri di verifica dell'attività sanitaria svolta;
- promozione, sulla base di indicazioni dell'AUSL e del Servizio Assistenza Anziani, di azioni e progetti per la valutazione ed il controllo della qualità dell'assistenza;
- partecipazione alla elaborazione ed adozione dei protocolli diagnostici ed assistenziali.

In analogia a quanto previsto dalla Deliberazione della Giunta regionale n.

1455 del 28/7/97 per la funzione di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva, la funzione di coordinamento delle attività sanitarie di norma è assicurata da personale infermieristico, con individuazione di un responsabile. In tal caso la presenza di personale infermieristico nelle strutture residenziali è incrementata come minimo secondo quanto previsto nella tabella A e comunque in relazione alle dimensioni della struttura, al case-mix degli ospiti ed alla complessità organizzativa.

L'AUSL in accordo con l'Ente gestore identifica il responsabile del coordinamento delle attività sanitarie. Le AUSL, sulla base di specifiche valutazioni e motivazioni, possono assicurare l'attività di coordinamento delle attività sanitarie con altre figure professionali.

TABELLA A

posti per n. ore settimanali

non	autosufficienti	attività
-----	-----------------	----------

fino a 30 posti 6 ore settimanali

da 31 a 45 posti 8 ore settimanali

da 46 a 60 posti 10 ore settimanali

per ogni ulteriore 30 2 ore aggiuntive

L'Ente gestore e l'USL competente adottano tutti gli atti necessari per garantire la massima integrazione tra l'attività medica di diagnosi e cura ed il coordinamento delle attività sanitarie.

4) INDIVIDUAZIONE DI ONERI PER PRESTAZIONI A RILIEVO SANITARIO

4.1. ASSISTENZA DOMICILIARE

Le AUSL individuano gli oneri derivanti da prestazioni socio-assistenziali da imputare sul Fondo sanitario e da corrispondere all'ente che gestisce il servizio nella misura di Lire 10.000 per ogni ora di effettiva assistenza, per ogni anziano certificato non autosufficiente assistito dal servizio di assistenza domiciliare che, a seguito del programma integrato di ADI, riceva al domicilio almeno 5 interventi assistenziali tutelari alla settimana o almeno 6 ore di assistenza tutelare la settimana da operatori addetti all'assistenza di base. Il servizio di assistenza domiciliare, per ottenere la corresponsione di tali oneri, deve funzionare per almeno 6 giorni settimanali ed essere in grado di garantire, all'occorrenza, e prestazioni domiciliari durante tutto l'arco della giornata (mattina e pomeriggio). Nel rispetto di quanto sopra l'Azienda Unità sanitaria locale stipula apposita convenzione con i Comuni che gestiscono servizi di assistenza domiciliare.

4.2 CENTRO DIURNO ASSISTENZIALE

Le AUSL individuano gli oneri derivanti da prestazioni socio-assistenziali da imputare sul Fondo sanitario e da corrispondere all'Ente che gestisce il servizio nella misura di Lire 22.000 giornaliere per i giorni di effettiva presenza, per ogni anziano certificato non autosufficiente assistito in Centri diurni assistenziali funzionanti almeno 5 giorni settimanali per non meno di 42 ore settimanali con una presenza continua di operatori addetti all'assistenza di base in relazione alla tipologia ed alle necessità degli anziani ospiti. Per i soggetti con gravi disturbi comportamentali l'AUSL corrisponde gli oneri a rilievo sanitario nella misura di Lire 30.000 giornaliere. Per gli utenti dei centri diurni tale valutazione è assicurata da professionisti dell'AUSL utilizzando gli strumenti di cui al successivo punto 4.3.

Le Aziende Sanitarie Locali, in accordo con l'organismo di gestione dell'Accordo di programma ex art. 14 LR 5/94, privilegiano nella individuazione dei centri diurni da convenzionare quelli che assicurano programmi di attività qualificati e flessibili, orientati a garantire più ampia copertura dei bisogni degli anziani e delle loro famiglie in particolare per quanto riguarda:

- standard di personale adeguati alle necessità assistenziali degli anziani frequentanti il centro diurno;
- l'estensione dell'orario di apertura giornaliero;
- l'estensione delle giornate di apertura settimanali;
- la riduzione e tendenziale eliminazione di periodi di chiusura dell'attività.

4.3 CASE PROTETTE E RSA

L'onere a rilievo sanitario per gli anziani ospiti di strutture residenziali per non autosufficienti è correlato alla intensità necessaria ad assicurare idonee risposte assistenziali. A tal fine gli anziani sono classificati in base al bisogno assistenziale in quattro gruppi A, B, C, D, secondo i criteri e le procedure determinate con atto del Direttore Generale alle Politiche sociali d'intesa con il Direttore Generale alla sanità.

Per le RSA, che di norma ospitano soggetti anziani dei gruppi A e B, l'onere a rilievo sanitario giornaliero è fissato in lire 53.000.

Nelle case protette l'onere a rilievo sanitario giornaliero per anziano è il seguente:

- gruppo A soggetti con grave disturbo comportamentale lire 53.000,
- gruppo B soggetti con elevato bisogno sanitario e correlato elevato bisogno assistenziale lire 53.000,
- gruppo C soggetti con disabilità di grado severo lire 40.000,
- gruppo D soggetti con disabilità di grado moderato lire 32.000.

In base alla classificazione degli ospiti di ogni struttura, l'AUSL determina l'onere a rilievo sanitario medio di struttura mediante media ponderata, e concorda con l'ente gestore il livello minimo di servizi che lo stesso si impegna ad erogare, secondo quanto previsto nell'allegato 2.

L'ospitalità nelle case protette di anziani dei gruppi A e B è condizionata alla possibilità di garantire assistenza adeguata agli anziani ospitati (sia dei gruppi A e B sia agli altri ospiti) ed è finalizzata ad assicurare, nelle sole strutture che garantiscano una adeguata organizzazione ed assistenza, il massimo di continuità assistenziale. Le UVGT nel proporre nuovi ingressi di anziani dei gruppi A e B nelle case protette tengono conto:

- del necessario equilibrio gestionale e delle peculiarità di ogni struttura residenziale;
- del carattere non prevalente della presenza di soggetti dei gruppi A e B nelle case protette;
- dell'adeguatezza dell'organizzazione e del livello di assistenza, in particolare infermieristica, della casa protetta per i soggetti del gruppo B.

La convenzione tra AUSL ed ente gestore prevede modalità per risolvere eventuali problemi derivanti da elevati e non preventivabili variazioni del case-mix degli ospiti nel corso del periodo di validità della convenzione stessa.

Nelle strutture con dotazione di un numero adeguato di posti complessivi convenzionati, in caso di elevata presenza di soggetti con grave disturbo comportamentale e la conseguente opportunità di organizzare l'attività assistenziale individuando uno specifico nucleo, l'AUSL può concordare con l'Ente gestore un mix assistenziale socio-sanitario diverso da quanto previsto dalla presente direttiva, commisurando la presenza di personale infermieristico alle effettive esigenze ed aumentando la presenza di personale addetto all'assistenza di base e di altre figure professionali (animatore, terapeuta della riabilitazione e personale qualificato per l'attività di riabilitazione cognitiva e/o del linguaggio) nel limite massimo dell'onere medio giornaliero per prestazioni sanitarie ed a rilievo sanitario a carico del fondo sanitario regionale per un posto di RSA. In tal caso l'AUSL e l'Ente gestore concordano specifici e qualificati progetti gestionali, adeguando la misura dell'onere a rilievo sanitario giornaliero.

Gli accordi tra AUSL ed Ente gestori dovranno conformarsi alle indicazioni ed ai requisiti che la Regione fisserà in materia di assistenza ai soggetti dementi.

4.4 RICOVERI TEMPORANEI IN RSA

A norma dell'art.24 della L.R. 5/94, le UVGT dispongono i ricoveri temporanei in RSA. Le AUSL, previo parere dell'Organismo di gestione dell'Accordo di programma ex art. 14 L.R. 5/94, approvano un'apposita regolamentazione coordinata su base territoriale con quanto previsto dalle disposizioni regionali in materia di lungodegenza post acuzie e

riabilitazione estensiva. Tale regolamentazione deve tener conto:

- a) delle condizioni previste dal comma 6, lettere a, b, c dell'art. 24 della L.R. 5/94 e della opportunità che il ricovero temporaneo in RSA sia destinato ad anziani non autosufficienti che, in un quadro diagnostico accertato e con un percorso terapeutico già programmato, necessitano di prestazioni assistenziali e sanitarie di elevata intensità;
- b) della dipendenza della durata del ricovero temporaneo disposto dall'UVG dal piano individuale di assistenza.

L'UVG può disporre il prolungamento del ricovero temporaneo qualora non sia stato possibile garantire una diversa soluzione assistenziale. In ogni caso il ricovero temporaneo è a totale carico del fondo sanitario regionale fino al limite massimo del primo mese. Per i ricoveri temporanei in RSA non gestite dalle AUSL ma con esse convenzionate, le AUSL corrispondono una retta giornaliera onnicomprensiva compresa tra l'80% ed il 90% della retta giornaliera prevista per la lungodegenza post-acuzie, in rapporto alle dimensioni delle strutture ed alla quantità e qualità dei servizi resi. In caso di fornitura parziale di servizi da parte delle AUSL, le stesse provvedono a ridurre la retta onnicomprensiva in base alla valutazione economica dei servizi e delle prestazioni direttamente rese dalla AUSL stessa.

I ricoveri temporanei per anziani non autosufficienti che, pur rientrando nei casi previsti al comma 6 lettera a e b dell'art. 24 della LR 5/94, necessitano di prestazioni assistenziali e sanitarie di medio livello sono di norma disposte dall'UVGT presso case protette.

5) SOSTEGNO DI PROGETTI ASSISTENZIALI INDIVIDUALI IN ALTRE STRUTTURE RESIDENZIALI

Il Servizio Assistenza Anziani, previa valutazione dell'UVGT, in casi limitati, può proporre il sostegno di piani individualizzati di assistenza per anziani non autosufficienti da inserire in strutture residenziali non convenzionate ai sensi della presente direttiva.

Il Servizio Assistenza Anziani, in accordo con l'UVGT ed il Responsabile del caso, valuta:

- a) la effettiva capacità della struttura residenziale disponibile ad accogliere l'anziano non autosufficiente in ordine all'adeguatezza del livello di tutela complessiva dell'anziano ed alla possibilità di assicurare integralmente le prestazioni previste nel piano individualizzato di assistenza;
- b) le opzioni dell'anziano e/o dei suoi familiari;
- c) l'entità dell'onere a rilievo sanitario giornaliero da riconoscersi all'ente gestore per il periodo di effettiva ospitalità dell'anziano, che non potrà essere superiore al 75% di quanto indicato al precedente punto 4.3.

Gli interventi di sostegno di progetti individuali di inserimento in strutture residenziali di cui al presente paragrafo non vanno conteggiati ai fini degli indici programmatici regionali e sono finalizzati a garantire, per limitate ed eccezionali condizioni, una maggiore articolazione dell'offerta dei servizi in relazione:

-) al non completo sviluppo della rete in ambito distrettuale;
-) alla opportunità di garantire la continuità assistenziale soprattutto nei territori montani o sprovvisti di strutture residenziali convenzionate;
-) alle opzioni dell'anziano e della famiglia.

L'AUSL concorda con gli Organismi di gestione degli Accordi di Programma ex art. 14 L.R. 5/94 se ed in quale misura utilizzare lo strumento indicato nel presente paragrafo, definendo conseguentemente la disponibilità di risorse su base distrettuale. L'AUSL, tramite il Distretto, assicura il monitoraggio delle forme di sostegno di cui al presente paragrafo.

Le norme di cui al presente paragrafo si applicano esclusivamente per nuovi ingressi.

La verifica del rispetto del piano individualizzato di assistenza è garantita dal Responsabile del caso.

L'Ente gestore destinatario dell'onere a rilievo sanitario deve impegnarsi a detrarre tale onere dalla retta a carico dell'anziano.

In caso di mancato rispetto del programma o di altri accordi pattuiti con l'Ente gestore, il Servizio Assistenza Anziani valuta se proporre la sospensione della corresponsione degli oneri a rilievo sanitario o altre idonee iniziative.

6) INDICAZIONI PER IL CONTROLLO DELLE RETTE SOCIO-ASSISTENZIALI A CARICO DEGLI ANZIANI

Le AUSL, nella individuazione delle strutture e dei servizi da convenzionare, tengono conto del costo socio-assistenziale a carico degli anziani con attenzione al rapporto costi/qualità dei servizi offerti dagli Enti gestori, in base ai criteri individuati con determinazione del Direttore Generale alle politiche sociali come previsto al precedente punto 2), in attesa dell'adozione del sistema di accreditamento.

Gli Enti gestori sono tenuti compilare la scheda riassuntiva dei costi, sulla base dello schema indicato dalla Regione.

Per realizzare condizioni di maggiore equità ed omogeneità nel territorio regionale:

- A) l'Organismo di gestione dell'Accordo di programma ex art. 14 LR 5/94 sollecita gli Enti gestori ad attivare iniziative di miglioramento dell'efficacia gestionale adottando forme di gestione integrata ed associata;

B) gli Enti Locali sottoscrittori degli Accordi di programma, in accordo con l'AUSL, nell'ambito degli strumenti di governo dell'Accordo stesso determinano annualmente su base distrettuale i valori medi dei costi a carico degli anziani per tipologia del servizio, individuando criteri uniformi (indicatori del comfort alberghiero, dei livelli di assistenza superiori ai minimi, della qualità assistenziale complessiva) in base ai quali prevedere una percentuale di oscillazione ritenuta congrua in base alle specificità territoriali;

C) l'Azienda USL nella contrattazione annuale con gli enti gestori prende a riferimento i valori medi distrettuali determinati come sopra. L'ente gestore documenta la previsione dei costi secondo lo schema di analisi costi indicato dalla Regione.

L'Azienda USL in casi eccezionali può accettare determinazioni della quota socio-assistenziale eccedenti la media distrettuale, pur maggiorata della percentuale di variabilità ritenuta congrua, esclusivamente sulla base di considerazioni basate su dati oggettivi e sulla base di una qualità dei servizi (rispetto ai criteri uniformi di cui in precedenza) indubbiamente al di sopra dello standard medio.

Ogni eventuale modifica di quanto pattuito in sede contrattuale deve prevedere il preventivo assenso da parte dell'AUSL.

7) CRITERI ACCESSO ALLA RETE DEI SERVIZI SOCIO-SANITARI INTEGRATI DI CUI ALL'ART. 20 LR 5/94

Nell'accesso alla rete dei servizi socio-sanitari integrati per la popolazione anziana non autosufficiente e' necessario superare rigidi criteri burocratici, valorizzando l'attività professionale dell'UVGT non soltanto nella dimensione valutativa del bisogno, ma soprattutto in quella di costruzione di percorsi assistenziali

® adeguati alle condizioni dell'anziano,

® di sostegno alla famiglia;

® compatibili con le possibilità esistenti nella rete al momento della manifestazione del bisogno.

A tal fine risulta indispensabile identificare nel Servizio Assistenza Anziani lo strumento di governo unificato dell'accesso alla rete dei servizi.

Il Servizio Assistenza Anziani, previo accordo tra Comuni ed Azienda Unità Sanitaria Locale nell'ambito degli strumenti di governo dell'Accordo di programma ex art. 14 LR 5/94, adotta procedure formalizzate e rese pubbliche per quanto riguarda l'accesso alla rete dei servizi, conformi alle seguenti linee di indirizzo regionale:

a) Favorire il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente di vita, utilizzando a tal fine ogni risorsa disponibile (sostegno alla famiglia, assistenza domiciliare, accesso al centro diurno, assegno

di cura);

b) Criteri di priorità:

® intensità del bisogno di cura ed assistenza dell'anziano,

® capacità di cura e risorse a disposizione del nucleo familiare, e per quanto riguarda le strutture residenziali, assoluta impossibilità a garantire all'anziano a domicilio la cura e l'assistenza di cui necessita;

c) Definizione criteri di indirizzo dell'attività dell'UVGT per quanto riguarda la pertinenza dell'accesso alle singole tipologie dei servizi di cui alla presente direttiva in considerazione:

- dell'articolazione della rete territoriale;

- dei livelli e dei carichi assistenziali delle singole strutture;

- dell'indispensabile equilibrio tra livelli assistenziali garantiti e carichi assistenziali derivanti dal case-mix;

d) Responsabilizzazione professionale dell'UVGT in ordine alle proposte dei piani individualizzati di assistenza e dei percorsi assistenziali e di conseguenza rispetto all'indirizzo ed all'accesso alla rete dei servizi;

e) Rispetto del diritto di informazione e di trasparenza amministrativa, garantendo:

· una formale definizione dei criteri di priorità, dei percorsi assistenziali e dell'ambito di responsabilità tecnica dell'UVGT;

· una corretta informazione in merito al punto precedente;

f) Rispetto della tutela della privacy;

g) Adozione di procedure che tengano conto adeguatamente, nei limiti delle opportunità offerte dalla rete, delle preferenze e delle proposte avanzate dall'anziano e/o dai suoi familiari;

h) Attenta valutazione del contesto territoriale in relazione a:

® offerta dei servizi;

® compatibilità delle proposte di inserimento con i livelli assistenziali garantiti da ciascuna struttura/servizio.

Il Servizio Assistenza Anziani verifica periodicamente il rispetto dei criteri sopra indicati ed evidenzia all'organo di governo dell'Accordo di programma ed all'AUSL problemi e proposte di modifica per l'adozione dei correttivi che si renderanno necessari sulla base dell'esperienza.

8) TEMPI E MODALITA' ATTUAZIONE

Le disposizioni di cui alla presente direttiva si applicano a partire dall'1.1.2000. Le AUSL, nella fase di prima attuazione, in collaborazione con gli Enti gestori procedono tempestivamente alla classificazione degli ospiti secondo le modalità di cui ai precedenti punti 4.2 e 4.3.

Le AUSL, previo consenso dell'organismo di governo dell'Accordo di programma ex art. 14 LR 5/94, determinano il percorso di attuazione la presente direttiva, percorso che deve prevedere:

- a) formazione dei professionisti delle strutture per l'utilizzo degli strumenti di classificazione;
- b) informazione dei contenuti e delle modalità applicative della presente direttiva agli Enti gestori;
- c) definizione della data limite entro la quale i professionisti della struttura effettuano le classificazioni degli ospiti e gli Enti gestori inviano le stesse al Servizio Assistenza Anziani;
- d) decisione dell'AUSL, in accordo con il Servizio Assistenza Anziani, per l'eventuale rivalutazione delle strutture che presentano case-mix significativamente discordanti dalla media aziendale e regionale ed attivazione delle rivalutazioni a campione;
- e) definizione del case-mix e dell'onere a rilievo sanitario medio di struttura;
- f) comunicazione dello stesso all'Ente gestore e valutazione comune delle conseguenze sul piano gestionale. L'AUSL competente assicura la tempestiva applicazione della presente direttiva. Le AUSL debbono completare il percorso di attuazione della presente direttiva entro la data del 31.12.1999.

Nella fase di implementazione del nuovo sistema di finanziamento le AUSL assicurano il massimo coinvolgimento degli Enti locali, degli altri sottoscrittori dell'Accordo di programma e degli Enti gestori. La Giunta regionale si impegna ad un monitoraggio dell'impatto dell'applicazione della presente direttiva apportando le integrazioni e le modifiche che emergeranno come opportune anche durante la fase di prima applicazione.

9) NORME SPECIFICHE PER LE CONVENZIONI

In tutte le convenzioni di cui alla presente direttiva le AUSL inseriscono un esplicito impegno dell'Ente gestore:

- a) ad applicare una retta eguale a tutti gli anziani non autosufficienti occupanti posti convenzionati, a prescindere dalla classificazione di cui ai precedenti paragrafi 4.2 e 4.3.;
- b) a non imputare a carico degli utenti costi per le prestazioni sanitarie garantite dall'AUSL;

c) ad abbassare la retta in misura corrispondente all'entità dell'onere a rilievo sanitario medio di struttura di cui al precedente punto 4.3;

d) ad informare in modo chiaro e corretto gli utenti ed i loro familiari in merito alla prestazioni ed i servizi assicurati, al costo totale degli stessi, all'onere a carico dell'AUSL ed alla quota a carico degli utenti. A tal fine l'AUSL, in collaborazione con il Servizio Assistenza Anziani, definisce strumenti e modalità informative la cui utilizzazione va concordata con gli Enti gestori convenzionati;

e) ad inserire nei posti convenzionati gli anziani non autosufficienti sulla base delle indicazioni del Servizio Assistenza Anziani e delle UVGT, secondo le modalità definite dall'accordo di programma di cui all'art. 14 L.R. 5/94;

f) ad allegare alla convenzione la scheda di analisi dei costi del servizio e a chiedere preventivo assenso all'AUSL in caso di proposta di aumento della retta a carico degli ospiti nel corso dell'anno;

g) a collaborare attivamente all'attività di monitoraggio e ricerca dell'AUSL e della Regione, inviando tempestivamente i dati richiesti;

h) a far partecipare il proprio personale alle attività di formazione ed aggiornamento promosse dal Servizio Assistenza Anziani;

i) a collaborare con l'AUSL ed il Servizio Assistenza Anziani per la verifica ed il miglioramento della qualità delle prestazioni e dell'assistenza.

Le AUSL verificano il rispetto di quanto in precedenza indicato.

In caso di gestione di servizi della rete da parte dell'AUSL, la stessa deve impegnarsi a garantire quanto indicato in precedenza dalla lettera a) alla lettera i).

Di norma non sono attivabili convenzioni con strutture residenziali per un numero inferiore a 20 posti.

10) DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Le disposizioni contenute nella delibera GR 876/93 e successive integrazioni e modificazioni sono valide sino al 31.12.1999.

11) CONTROLLO E MONITORAGGIO FLUSSI INFORMATIVI

Le AUSL assicurano un costante controllo e monitoraggio della spesa per l'integrazione socio-sanitaria nella rete dei servizi socio-sanitari integrati per anziani non autosufficienti.

A tal fine le AUSL provvedono ad introdurre nei sistemi informativi e contabili aziendali le modificazioni necessarie per poter fornire in tempi rapidi e secondo criteri omogenei i dati di attività e di spesa, articolata anche in relazione alle informazioni necessarie per il governo regionale. Inoltre le AUSL adottano le iniziative necessarie per monitorare l'utilizzo delle attività di ricovero ospedaliero da parte degli anziani non autosufficienti assistiti nella rete integrata di cui alla presente direttiva.

A tal fine con specifica circolare regionale viene definito il debito informativo delle AUSL, i tempi e le modalità di funzionamento e le responsabilità in ordine alla gestione del flusso informativo relativo al monitoraggio della rete dei servizi socio-sanitari integrati per anziani non autosufficienti. Gli Enti gestori dei servizi di cui alla presente direttiva sono tenuti a fornire all'AUSL i flussi informativi relativi ai dati, le modalità ed i tempi di rilevazione secondo quanto individuato con una specifica circolare regionale.

Entro il 31 marzo di ogni anno le AUSL trasmettono alla Regione specifica relazione, secondo uno schema predisposto dagli Assessorati competenti. Sulla base delle relazioni delle AUSL, la Regione predispone una relazione annuale sull'applicazione della presente direttiva.

Con determinazione del Direttore Generale alle politiche sociale d'intesa con il Direttore Generale alla sanità viene istituito un gruppo per la valutazione periodica dell'applicazione della presente direttiva, al fine di predisporre tempestivamente gli adeguamenti e le proposte di modifiche che si renderanno necessarie soprattutto nella prima fase di sperimentazione del nuovo sistema di finanziamento.

Del gruppo regionale coordinato dagli Assessorati regionali competenti fanno parte rappresentanti di Comuni, AUSL, enti gestori e rappresentanti degli utenti.

ALLEGATO n. 1 ASSISTENZA MEDICA

L'AUSL garantisce la presenza di personale medico pari a 6 ore settimanali ogni 30 anziani non autosufficienti ospitati nelle case protette per l'attività di diagnosi e cura. Nelle RSA per l'attività medica di diagnosi e cura l'AUSL garantisce la presenza di personale medico in misura di 12 ore settimanali ogni 20 anziani non autosufficienti. Nelle RSA costituite da un unico nucleo fino a 20 anziani deve essere garantita la presenza di 16 ore settimanali.

L'attività medica di diagnosi e cura nelle strutture residenziali consiste in:

- a) assicurare l'attività all'interno della struttura residenziale con un numero di accessi settimanali adeguato al case mix degli ospiti, da concordare con il coordinatore della struttura residenziale. Nelle RSA è comunque necessario assicurare almeno sei accessi settimanali;

- b) assicurare le visite richieste in via d'urgenza tra le 8 e le 20 nei giorni feriali nella stessa giornata della richiesta, anche al di fuori degli accessi previsti;
- c) assicurare il raccordo con i presidi ospedalieri in caso di ricovero dell'anziano;
- d) assumere la responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute degli anziani ospiti che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi e di educazione sanitaria;
- e) partecipare agli incontri con gli altri operatori della struttura residenziale al fine di assicurare la valutazione multidimensionale dell'anziano, programmare, attuare e verificare i piani individuali di assistenza con l'equipe multiprofessionale;
- f) partecipare alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza agli anziani, nell'ambito dei programmi promossi dal Servizio Assistenza Anziani;
- g) partecipare agli incontri periodici per la verifica dei programmi di attività dell'intera struttura;
- h) partecipare all'attività di informazione, formazione e consulenza nei confronti dei familiari degli anziani ospiti.

Per l'attività di diagnosi e cura, in caso di utilizzo di personale medico di cui al DPR 484 del 22/7/96 devono applicarsi le modalità previste nei protocolli stipulati fra la Giunta regionale e i Sindacati medici ed approvati con delibera della Giunta regionale n. 1177 del 28/1/1987, come integrata dall'allegato D dell'Accordo attuativo regionale ex DPR 484/96 approvato con Delibera della Giunta Regionale 1 agosto 1997 n. 1487.

Nel caso l'AUSL si accordi con l'Ente gestore in modo che quest'ultimo assicuri l'attività medica nei limiti e nelle modalità indicate, l'Azienda Unità sanitaria locale provvede al rimborso degli oneri effettivamente sostenuti entro i limiti orari precedentemente fissati. All'anziano non autosufficiente stabilmente ospitato nelle case protette e nelle RSA viene sospesa la scelta del medico di fiducia, salvo diversa volontà espressa dallo stesso anziano all'atto dell'ammissione, compatibilmente con la normativa vigente. Nel caso di ricoveri temporanei, così come disciplinati dalla presente direttiva, viene mantenuta a favore del medico di famiglia la quota capitaria, in ragione della necessità che lo stesso medico mantenga un rapporto assistenziale con l'anziano, in ricovero temporaneo, in raccordo con il medico della struttura.

Al fine di promuovere il coordinamento e la qualificazione dell'assistenza medica nelle strutture residenziali, l'Azienda Unità Sanitaria Locale individua nell'ambito del distretto ed in relazione al numero delle strutture e dei posti letto disponibili, almeno un medico responsabile del coordinamento dell'attività medica nelle strutture residenziali di cui alla presente direttiva. Il responsabile medico di distretto delle strutture residenziali, in costante rapporto con il Servizio Assistenza Anziani, è

responsabile:

- a) della promozione e realizzazione di protocolli diagnostico-terapeutici riabilitativi per le patologie prevalenti;
- b) della definizione di percorsi specialistici integrati con i presidi ospedalieri ed i poliambulatori specialistici;
- c) dell'attività di vigilanza igienico-sanitaria e dell'adozione di eventuali misure di prevenzione, in collegamento con il competente servizio dell'AUSL;
- d) della verifica costante dell'appropriatezza dell'assistenza sanitaria erogata globalmente.

ALLEGATO 2

Nella definizione del contratto/convenzione con l'Ente gestore l'AUSL devono essere assicurati i seguenti requisiti minimi:

- a) Presenza di personale addetto all'assistenza di base correlato alla intensità assistenziale degli ospiti in misura capace da assicurare idonee risposte assistenziali.

Nelle RSA il livello assistenziale minimo da assicurare è pari ad un rapporto di 1 addetto di base/ota ogni 2 anziani. Nelle case protette le AUSL prendono a riferimento, come livello minimo la media annuale derivante dal case-mix di struttura in applicazione dei seguenti rapporti riferentesi ad unità a tempo pieno:

gruppo A rapporto 1 addetto di base/ota ogni 2 anziani

gruppo B rapporto 1 addetto di base/ota ogni 2 anziani

gruppo C rapporto 1 addetto di base/ota ogni 2,6 anziani

gruppo D rapporto 1 addetto di base/ota ogni 3,1 anziani.

In attesa dell'adozione del sistema di accreditamento, a titolo indicativo ed esclusivamente per il personale addetto all'assistenza di base, al fine di garantire una adeguata tutela agli anziani ospiti è individuato comunque un limite minimo di 1500 ore annue effettive per operatore.

Tale limite comprende le attività di formazione ed aggiornamento, la partecipazione alle riunioni di équipe, e le sole attività di assistenza diretta alla persona.

Le AUSL verificano il rispetto dei rapporti di personale addetto all'assistenza di base riferentesi ad unità a tempo pieno e del livello minimo di assistenza in termini di ore effettive di assistenza con strumenti e modalità appropriate, concordate con

l'Ente gestore. L'Ente gestore deve impegnarsi a rendere visibili nella struttura ed a comunicare agli anziani ospiti ed ai familiari i livelli minimi di assistenza di base da assicurare in base ai criteri indicati in precedenza, tenendo conto anche di quanto previsto dal successivo punto f);

b) Presenza del coordinatore responsabile a tempo pieno per le strutture di almeno 60 posti. Nelle strutture di minor capacità recettiva l'attività del coordinatore deve essere di almeno 18 ore settimanali. Le AUSL verifica che il coordinatore responsabile svolga effettivamente ed esclusivamente, per il monte ore previsto in precedenza ed indicato nella convenzione, le funzioni di coordinamento indicate nella delibera della Giunta regionale n. 6204 del 27/11/92;

c) Presenza del Responsabile attività di nucleo circa ogni 20-30 anziani non autosufficienti. Nelle strutture di ridotte dimensioni organizzate in un unico nucleo, le funzioni di responsabile di nucleo possono essere assicurate dal coordinatore responsabile di cui in precedenza. In tal caso il coordinatore responsabile è presente obbligatoriamente a tempo pieno. Nelle case protette per detta funzione è da prevedersi un operatore responsabile delle attività assistenziale di nucleo per lo svolgimento delle funzioni indicate nella Deliberazione della Giunta regionale n. 6205 del 27/11/92. Nelle RSA detta funzioni può essere svolta anche da altre figure professionali in relazione alla maggior prevalenza del bisogno assistenziale con valenza sanitaria;

d) Predisposizione ed attuazione del Piano individuale di assistenza formalizzato in forma scritta con verifica ed eventuale riformulazione periodica (massimo semestrale) da parte dell'équipe multiprofessionale;

e) Predisposizione ed attuazione di un programma di animazione di struttura, sia per gruppi di interesse che per attività individuali;

f) Predisposizione del piano gestionale, dell'orario generale di servizio, dello schema della distribuzione programmata degli orari di lavoro (turni per ogni profilo professionale nell'arco delle 12 o 24 ore) e delle modalità di copertura delle presenze e delle assenze;

g) Predisposizione del programma giornaliero di attività per gli ospiti;

h) Corretta predisposizione, adozione ed utilizzo di protocolli assistenziali formalizzati in forma scritta, conosciuti dagli operatori per:

- alzate,
- bagno di pulizia,
- prevenzione dei decubiti

- somministrazione dei farmaci
- conservazione dei farmaci
- inserimento in struttura;

i) Partecipazione nell'anno degli operatori socio-assistenziali ad attività di formazione e/o aggiornamento professionale anche coordinate e promosse dal Servizio Assistenza Anziani nella misura minima di almeno 15 ore annuali individuali per almeno il 15% degli operatori °non sono da considerare per questo fine le attività formative connesse all'applicazione delle norma in materia di sicurezza sul lavoroé;

j) Impegno dell'Ente gestore ad assicurare la disponibilità di assistenza religiosa per gli anziani che la richiedano;

k) Impegno dell'Ente gestore a mettere a disposizione degli anziani ospiti i servizi di cura della persona (pedicure,barbiere/parrucchiere);

l) Assicurare il debito informativo nei confronti dell'AUSL secondo le modalità determinate da apposita circolare regionale.

- - - - -