

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 2
N. 1145/AV2 DEL 01/08/2017**

**Oggetto: MEDICI DI MEDICINA GENERALE – RECEPIMENTO ACCORDO REGIONALE
DGRM 746/2016 E ADOZIONE REGOLAMENTO CURE INTERMEDIE AV2.**

**IL DIRETTORE DELLA
AREA VASTA N. 2**

- . . . -

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

VISTE la DGRM n. 621 del 27/07/2015 ad oggetto: “L.R. n. 13/2003 – Nomina dei Direttori di Area Vasta dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale”, la Determina DG ASUR n. 550 del 31/07/2015 ad oggetto: “DGRM n. 621 del 27/07/2015 – Presa d’atto e conseguenti determinazioni” e la Determina DAV2 n. 1038 del 3/08/2015 ad oggetto: “Insediamento dell’Ing. Maurizio Bevilacqua quale Direttore dell’Area Vasta 2”.

VISTA l’attestazione del Responsabile dell’ U.O. Bilancio e del Responsabile del Servizio Controllo di Gestione in riferimento al bilancio annuale di previsione;

- D E T E R M I N A -

1. Le premesse del documento istruttorio costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. applicare lo schema di Protocollo di Intesa regionale con i Medici di Medicina Generale per la gestione dei posti letto di cure intermedie degli ospedali di comunità nel sistema della residenzialità dell’AV2, sulla base della DGRM 746 del 18/07/2016, in applicazione degli artt. 14 e 15 AIR DGR 751/2007;
3. prendere atto che il soprarichiamato Protocollo di Intesa Regionale ha normato la remunerazione delle competenze ai medici della Continuità Assistenziale per moduli di 10 posti letto (o comunque non inferiore a 5), non prevedendo la quantificazione dei compensi per moduli superiori a 10 posti letto, tipologia presente in più strutture dell’AV2;

4. procedere, sulla base del suddetto Protocollo, alla liquidazione dei compensi ai medici di Continuità Assistenziale, che hanno garantito la copertura assistenziale in tutte le postazioni afferenti le strutture che erogano le Cure Intermedie in AV2 dalla loro attivazione nell'anno 2016 ad oggi, corrispondendo la quota oraria prevista (€ 3,00) anche per l'assistenza fornita alle strutture con più di 10 posti letto;
5. rinviare il saldo delle competenze per i medici di CA che hanno garantito l'assistenza nelle postazioni afferenti le strutture delle cure Intermedie con più di 10 posti letto ad un successivo atto, conseguente all'adozione di un nuovo accordo regionale preannunciato in materia;
6. approvare il Regolamento che disciplina le modalità di accesso e l'organizzazione del Sistema delle Residenzialità presso gli ospedali di Comunità dell'Area Vasta 2, che posto in allegato costituisce parte integrale e sostanziale del presente atto;
7. determinare a calcolo in € 146.921,00 (comprensivo degli oneri riflessi), la spesa complessiva del presente atto, dando atto che lo stesso trova copertura all'interno del Bilancio degli anni 2016 (per il quale esiste specifico accantonamento) e 2017 di questa Area Vasta, con imputazione ai conti economici sotto elencati:

| ANNO 2016 | | ANNO 2017 | |
|------------|-------------|------------|-------------|
| 0505020202 | € 44.370,00 | 0505020202 | € 88.740,00 |
| 0505020203 | € 4.604,00 | 0505020203 | € 9.207,00 |

8. Trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale, a norma dell'art. 17 L.R. 26/96 e s.m.i.
9. Dichiarare che il presente atto non è soggetto a controllo regionale, ed è efficace dal giorno della pubblicazione sul sistema atti-web salute e all'albo pretorio dell'Area Vasta, ai sensi dell'art. 28 della L.R. 26/96, così come sostituito dalla L.R. 36/2013

II DIRETTORE DI AREA VASTA 2
Ing. Maurizio Bevilacqua

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' CONTABILE
U.O. BILANCIO E SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE:

Le sottoscritte, vista la dichiarazione del Responsabile del Procedimento, attestano che l'adozione del presente atto comporta una spesa di € 146.921,00 = da porre a carico del bilancio dell'Area Vasta 2 nei rispettivi bilanci di competenza.

Il Dirigente U.O.
Programmazione e Controllo di Gestione
(Dott.ssa M. Letizia Paris)

Il Dirigente U.O.
Gestione Risorse Economico Finanziarie
(Dott.ssa Antonella Casaccia)

La presente determina consta di n. 13 pagine di cui n. 7 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -
U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale

Normativa e disposizioni amministrative di riferimento:

- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale, reso esecutivo con l'Intesa sancita in data 29/07/2009 dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.
- DGRM n. 751 del 02/07/2007 - Accordo Integrativo Regionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.
- DGRM n. 746 del 18/07/2016 - "Approvazione schema di Protocollo di Intesa regionale con i medici di Medicina Generale per appropriata gestione medica territoriale dei posti letto di cure intermedie degli ospedali di comunità – Sistema della Residenzialità ex art. 14 e 15 AIR DGR 751/2007- Schema unitario per la sottoscrizione di Accordi Aziendali in Area Vasta per la gestione dei singoli Ospedali di Comunità nel sistema della Residenzialità di cui agli art. 14 e 15 dell' AIR DGR751/07".

Motivazioni:

Con DGRM n. 746 del 18/07/2016 è stato approvato lo schema di Protocollo di Intesa regionale con i medici di Medicina Generale per l'appropriata gestione medica territoriale dei posti letto di cure intermedie degli ospedali di comunità – Sistema della Residenzialità ex art. 14 e 15 AIR DGR 751/2007, schema unitario per la sottoscrizione di Accordi Aziendali in Area Vasta per la gestione dei singoli Ospedali di Comunità nel sistema della Residenzialità.

In tale Protocollo di Intesa vengono fissati:

- i compensi per i moduli di dieci posti letto (o comunque con un numero di posti non inferiore a cinque) per i medici che aderiranno agli specifici accordi locali per la gestione delle singole strutture: medici di Assistenza Primaria (150,00 euro a giornata +ENPAM); medici di Continuità Assistenziale(3,00 euro aggiuntivi per ora +ENPAM);
- la modalità dell'assistenza: per l' Assistenza Primaria 4 ore di presenza nella struttura, di cui 2 la mattina e 8 ore di disponibilità telefonica; presenza della Continuità Assistenziale in orari notturni, festivi e prefestivi con compiti aggiuntivi di assistenza nella struttura;
- la presenza di un medico coordinatore della struttura con specifici compiti e specifici compensi(euro1.150,00 annui +ENPAM);
- i contenuti della cartella clinica;
- gli indicatori di efficacia e di efficienza della struttura che saranno definiti entro sei mesi dall'Osservatorio regionale dell'Appropriatezza al fine di fornire specifici report per il continuo miglioramento delle prestazioni rese nella struttura.

I costi di gestione delle singole giornate di assistenza nella struttura da parte dei medici di Assistenza Primaria(AP), di Continuità Assistenziale (CA) e compenso per la funzione di Coordinamento sono a carico dei budget assegnati all'ASUR e della nuova riallocazione delle risorse a seguito della riconversione dall'area ospedaliera all'area del territorio.

I costi complessivi stimati dall'ASUR per ciascuna struttura, con possibili variazioni in considerazione del numero di festività coincidenti con la giornata domenicale, per un modulo da 10 posti letto (o comunque non inferiore a cinque), sono i seguenti:

- Medici di Continuità Assistenziale: circa euro 17.748,00 onnicomprensivi +ENPAM;
- Medici di Assistenza Primaria : circa 39.000,00 onnicomprensivi +ENPAM
- Medico di Medicina Generale coordinatore di ciascuna struttura: massimo euro 1.550,00 onnicomprensivi +ENPAM.

In totale per la gestione Medica di un modulo da 10 posti letto (o comunque non inferiore a cinque) di un Ospedale di Comunità è prevista una spesa annua complessiva non superiore ad euro 60.000,00 più ENPAM.

Si deve, però, sottolineare che nelle Aree Vaste ed, in particolare, in AV2 sono presenti anche strutture con un numero di posti letto maggiore di dieci, tipologia che non è stata contemplata dal suddetto Protocollo di Intesa di cui alla DGRM 746/2016.

Per tale ragione, viste le difficoltà incontrate dalle Aree Vaste a raggiungere accordi a livello locale con le rappresentanze sindacali in ordine alla determinazione dei compensi per le strutture con posti letto superiori a dieci, con nota Prot.281416/31/03/2017/RMARCHE/GRM/SAN/P il Dirigente del Servizio Sanità della Regione Marche, si è riservato di convocare le Rappresentanze Sindacali per definire i ruoli e la remunerazione dei medici di Continuità Assistenziale laddove siano presenti moduli con un numero di posti letto superiore a 10.

Preso atto, però, che posti letto di Cure Intermedie sono stati attivati in alcuni Distretti dell'AV2 già dal 2015-2016, in sede di Comitato Aziendale della Medicina Generale di AV2, riunitosi il giorno 11/05/2017 e il giorno 15/06/2017, si è concordato di:

- approvare il Regolamento che disciplina le modalità di accesso e l'organizzazione del Sistema delle Residenzialità presso gli ospedali di Comunità dell'Area Vasta 2 ;
- remunerare, a far data dalla approvazione del Protocollo di Intesa di cui alla DGRM 746/2016, i medici di CA delle postazioni afferenti le strutture delle cure intermedie sulla base del suddetto Protocollo, sia per le strutture fino a 10 posti letto, sia per le cure intermedie con più di dieci posti letto riservandosi, per queste ultime, di conguagliare successivamente gli importi orari in base a quanto sarà stabilito dalla Regione al riguardo.

A tal fine, i Direttori dei Distretti Sanitari di Ancona, Senigallia e Fabriano hanno comunicato con nota congiunta acquisita al prot. 0102222/ASURAV2/JSAMMTER/A del 22/06/2017 la presenza dei seguenti moduli di Cure Intermedie nelle strutture dei singoli Distretti:

- Distretto di Ancona: strutture di Loreto, Chiaravalle e Castelfidardo.
- Distretto di Senigallia: struttura Arcevia
- Distretto di Fabriano: Sassoferrato

Nel Distretto di Jesi non sono ancora state attivate le Cure Intermedie nell'ospedale di Comunità di Cingoli.

La spesa prevista per la remunerazione dei medici di Continuità Assistenziale che hanno prestato servizio in tali postazioni afferenti le strutture delle cure intermedie in AV2, è stata già inserita nei conti del Bilancio AV2, così quantificata:

€ 48.974,00 (compresi gli oneri riflessi) per l'anno 2016

€ 97.947,00 (compresi gli oneri riflessi) per l'anno 2017

Esito dell'istruttoria:

Per quanto sopra esposto, si propone l'adozione della seguente determina:

1. Le premesse del documento istruttorio costituiscono parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. applicare lo schema di Protocollo di Intesa regionale con i Medici di Medicina Generale per la gestione dei posti letto di cure intermedie degli ospedali di comunità nel sistema della residenzialità dell'AV2, sulla base della DGRM 746 del 18/07/2016, in applicazione degli artt. 14 e 15 AIR DGR 751/2007;
3. prendere atto che il soprarichiamato Protocollo di Intesa Regionale ha normato la remunerazione delle competenze ai medici della Continuità Assistenziale per moduli di 10 posti letto (o comunque non inferiore a 5), non prevedendo la quantificazione dei compensi per moduli superiori a 10 posti letto, tipologia presente in più strutture dell'AV2;
4. procedere, sulla base del suddetto Protocollo, alla liquidazione dei compensi ai medici di Continuità Assistenziale, che hanno garantito la copertura assistenziale in tutte le postazioni afferenti le strutture che erogano le Cure Intermedie in AV2 dalla loro attivazione nell'anno 2016 ad oggi, corrispondendo la quota oraria prevista (€ 3,00) anche per l'assistenza fornita alle strutture con più di 10 posti letto;
5. rinviare il saldo delle competenze per i medici di CA che hanno garantito l'assistenza nelle postazioni afferenti le strutture delle cure Intermedie con più di 10 posti letto ad un successivo atto, conseguente all'adozione di un nuovo accordo regionale preannunciato in materia;
6. approvare il Regolamento che disciplina le modalità di accesso e l'organizzazione del Sistema delle Residenzialità presso gli ospedali di Comunità dell'Area Vasta 2, che posto in allegato costituisce parte integrale e sostanziale del presente atto;
7. determinare a calcolo in € 146.921,00 (comprensivo degli oneri riflessi), la spesa complessiva del presente atto, dando atto che lo stesso trova copertura all'interno del Bilancio degli anni 2016 (per il quale esiste specifico accantonamento) e 2017 di questa Area Vasta, con imputazione ai conti economici sotto elencati:

| ANNO 2016 | |
|------------|-------------|
| 0505020202 | € 44.370,00 |
| 0505020203 | € 4.604,00 |

| ANNO 2017 | |
|------------|-------------|
| 0505020202 | € 88.740,00 |
| 0505020203 | € 9.207,00 |

8. Trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale, a norma dell'art. 17 L.R. 26/96 e s.m.i.
9. Dichiarare che il presente atto non è soggetto a controllo regionale, ed è efficace dal giorno della pubblicazione sul sistema atti-web salute e all'albo pretorio dell'Area Vasta, ai sensi dell'art. 28 della L.R. 26/96, così come sostituito dalla L.R. 36/2013

La Responsabile del Procedimento
(Dott.ssa Dolores Rossetti)

La Dirigente dell'U.O.
(Dott.ssa Chantal Mariani)

- ALLEGATI -

N. 1 Allegato.

**REGOLAMENTO
DELL'AREA VASTA N. 2 DI FABRIANO**

PREMESSA

Il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento delle malattie croniche, l'aumentata prevalenza della polipatologia, sono tra le principali motivazioni che spingono ad un cambiamento e riorganizzazione della rete assistenziale, in particolare nell'area delle cure primarie.

Nella Regione, il Sistema della Residenzialità rappresenta una rete di strutture nelle quali realizzare percorsi clinico-assistenziali per la gestione delle patologie cronicodegenerative o delle fasi di scompenso e/o riacutizzazione di condizioni cliniche oramai definite e già precedentemente diagnosticate, associate o meno ad esigenze di tipo socio-assistenziale. Tale sistema è fortemente integrato con il Distretto di cui potenzia le risposte assistenziali in favore dei bisogni di salute dei cittadini, in particolare se anziani, oppure affetti da patologie croniche, ed è alternativo al ricovero ospedaliero in particolare nelle condizioni in cui risulti essere appropriato un regime assistenziale più attento ai bisogni di assistenza della persona.

In particolare, il sistema della residenzialità comprende un insieme funzionale di strutture quali Ospedale di Comunità, Hospice, le varie tipologie di R.S.A., Case protette, Case di riposo ecc. di cui all L.R. 20/2002, e comunque strutture dove sono prioritari gli aspetti di assistenza alla persona con la responsabilità clinica riconducibile al medico di medicina generale.

In tale ambito, gli Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 2 vogliono essere un modello orientato alla flessibilità ed alla integrazione dei servizi con la partecipazione di tutti gli attori del sistema necessari per fornire una adeguata risposta ai bisogni assistenziali complessi della persona, sotto il coordinamento del Distretto in una logica di rete.

ART. 1

FINALITA' DEL REGOLAMENTO

Il presente regolamento disciplina le modalità di accesso e l'organizzazione del Sistema delle residenzialità presso Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 2

ART. 2

**CARATTERISTICHE DEL SISTEMA DELLE RESIDENZIALITA' PRESSO OSPEDALI DI
COMUNITA' DEL'AREA VASTA 2 E CRITERI DI INCLUSIONE/ESCLUSIONE**

Sono strutture extra-ospedaliere dove vengono fornite prestazioni assistenziali di ricovero in regime residenziale a carattere temporaneo e che trovano collocazione nell'area dei servizi integrati sanitari e socio-sanitari necessari a quei soggetti fragili che non sono ancora idonei per essere trattati in un regime domiciliare o di lungo assistenza/mantenimento.

Caratteristica delle Sistema delle residenzialità Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 2 è la responsabilità dell'assistenza medica da parte della medicina del territorio (MMG-Medici di



Continuità Assistenziale). La partecipazione al gruppo di MMG che si occuperanno di tale gestione sarà garantita prioritariamente dai "medici in associazione" del territorio del Comune della struttura e dai "medici dell'equipe territoriale" del territorio del Comune o in assenza da quelli del distretto .

Criteri di Inclusione

I requisiti indispensabili per la selezione dei pazienti sono:

- Pazienti post acuti o cronici riacutizzati per lo più anziani con basso margine di imprevedibilità e/o instabilità clinica.
- Condizioni compatibili con la possibilità di prossimo trasferimento del paziente ad altro regime assistenziale e con obiettivi di miglioramento delle condizioni sanitarie raggiungibili nell'arco del periodo massimo consentito per il ricovero.

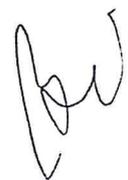
Si tratta di:

- ✓ Pazienti, senza limiti di età, caratterizzati da non autosufficienza, anche temporanea, nella fase della malattia in cui non sono richiesti un elevato impegno tecnologico e la presenza (assistenza medica continuativa nell'arco delle 24 ore come in un ricovero per acuti).
- ✓ Pazienti dimissibili dall'ospedale con malattia diagnosticata stabilizzata dal punto di vista clinico, ma che non può essere trattata in un semplice regime ambulatoriale, domiciliare o di lungo assistenza/mantenimento.
- ✓ Pazienti provenienti dal domicilio (o strutture residenziali di più bassa intensità assistenziale) con patologie tali da non poter essere seguiti adeguatamente in Cure Domiciliari Integrate
- ✓ Pazienti vulnerabili alle complicanze post-ricovero ospedaliero, in termini di perdita dell'autonomia come conseguenza della malattia acuta (*disease-related*) o dell'inappropriato allettamento e della prolungata inattività fisica (*disuse-related*).
- ✓ Pazienti ricoverati con necessità di terapie con farmaci H, ma stabili da un punto di vista clinico.

Criteri di Esclusione

- ✓ Pazienti con instabilità clinica.
- ✓ Pazienti con diagnosi non definita o con percorso terapeutico non definito.
- ✓ Paziente terminale proveniente da altra struttura (ammissibile solo nel caso non possano essere attuate altre forme assistenziali).
- ✓ Paziente psichiatrico o con demenza con severi disturbi del comportamento non controllati con le terapie.
- ✓ Paziente assistibile a domicilio da parte del nucleo familiare o caregiver.
- ✓ Pazienti provenienti dal Pronto Soccorso.

ART. 3



MODALITA' DI ACCESSO* E PERMANENZA NEL SISTEMA DELLE RESIDENZIALITA'-

Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 2

L'ingresso e la durata del ricovero del paziente è stabilita dall'Unità Valutativa Integrata (UVI) di competenza previa valutazione multidimensionale. Di norma, il tempo medio di permanenza è di 30 giorni continuativi, prorogabili in casi di comprovate situazioni di carattere eccezionale (in seguito a nuova valutazione dell'UVI) fino ad un massimo di 60 giorni complessivi nell'anno solare.

*Le modalità di accesso sono esplicitate nella procedura elaborata ad hoc.

ART. 4

PARTECIPAZIONE ALLA SPESA ALBERGHIERA

I primi 60 giorni di permanenza complessivi nell'anno solare presso IL SISTEMA DELLE RESIDENZIALITA'- Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 2 le sono esenti dalla compartecipazione alberghiera. Per tutte le ulteriori giornate di presenza effettiva il cittadino deve corrispondere la quota alberghiera che ammonta a 42,50 € al giorno (così come previsto per la tipologia R2.1 dalla DGRM n. 1331/2014). Dopo il parere favorevole/autorizzazione all'ammissione dell'UVI di competenza/delegata, l'ospite, o un suo familiare o persona incaricata, deve sottoscrivere un atto di impegno per il pagamento della retta ed una dichiarazione sulla composizione del nucleo familiare, o di altra parentela ex. Art. 433 C.C. sui redditi di capitali, di pensione e altri, e sull'eventuale godimento dell'indennità di accompagnamento.

Qualora l'ospite ed i suoi parenti tenuti al mantenimento non siano in grado di assicurare in tutto o in parte la quota prevista, l'inserimento viene autorizzato previo formale impegno all'integrazione da parte del Sindaco del Comune di ultima residenza dell'assistito.

ART. 5

ORGANIZZAZIONE SANITARIA E ATTIVITA' ASSISTENZIALI

La responsabilità dell'assistenza medica dell'ospite nella fascia oraria 8,00/20,00 (esclusi i festivi e dalle 8 alle 10 dei prefestivi (*)) è affidata al Medico del Sistema delle residenzialità Ospedale di Comunità, che si avvarrà, ove lo ritenga opportuno, di tutti gli ulteriori supporti sanitari e consulenze specialistiche.

Durante le ore notturne 20,00 – 8,00 di tutti i giorni, e dalle 8,00 alle 20,00 dei festivi e dalle ^{08,00} ~~10,00~~ alle 20 dei prefestivi, la gestione clinica ^{dei pazienti ospiti} viene garantita dal Sistema della Continuità Assistenziale, mentre nei casi di emergenza/urgenza, l'assistenza viene assicurata mediante l'attivazione del Sistema dell'Emergenza/Urgenza Territoriale, tramite la Centrale Operativa 118, ^{luogo alle Portofino affacciato alle strutture} ~~Ospedali di Comunità. Il servizio è quello previsto dal~~ ^{presente accordo.}

Le attività assistenziali sono esplicitate di seguito:

- Assistenza Infermieristica + Tutelare (Operatori Socio Sanitari):
- Terapista della Riabilitazione

- **Dirigente Medico di Ospedale di Comunità**
Medici di Medicina Generale in Associazione aderenti al progetto (prioritariamente)
- **Continuità Assistenziale** su richiesta, nei giorni e negli orari in cui è attivo il servizio
- **Consulenza Specialistica** su richiesta
- **Assistenza Sociale** su richiesta.

Prestazioni Erogabili

Presso tali strutture sono erogabili tutte le prestazioni clinico – assistenziali previste nel sistema della residenzialità . Le Prestazioni sono esclusivamente indirizzate a favore dei pazienti ricoverati.

E' prevista la possibilità, dove la struttura organizzativa lo consenta, di stipulare accordi locali in sede di Comitato di Area Vasta che prevedano l'erogazione di prestazioni ambulatoriali programmate a favore dell'utenza proveniente dal territorio. Tali prestazioni verranno effettuate, previa prenotazione, durante l'orario di presenza del Medico nell'Ospedale di Comunità. Per la disponibilità a tale servizio ^{Verrà} ~~essere~~ riconosciuto al Medico in turno un compenso aggiuntivo ^{da definire} ~~da definire~~.

ART. 6

FIGURE DI RIFERIMENTO E COMPETENZE

Le figure di riferimento nel funzionamento del Sistema delle residenzialità presso gli Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 2 e le loro relative competenze, sono:

il Direttore del Distretto e/o il Dirigente Medico delegato

- verifica l'attuazione delle linee programmatiche aziendali annuali
- verifica le condizioni igieniche, tecniche e funzionali della struttura
- vigila sulla corretta tenuta della documentazione sanitaria

il Medico del Sistema della Residenzialità / Ospedale di Comunità/ (MMG/Dirigente Medico)

- ha la gestione clinica del paziente durante il suo ricovero nella fascia oraria 8,00/20,00 dei giorni feriali dal lunedì al venerdì.
- prescrive/richiede i farmaci ed il materiale sanitario necessario agli ospiti
- per ogni emergenza attiva il Sistema Territoriale di Emergenza 118

il Medico di Continuità Assistenziale

- ha la gestione clinica del paziente durante nella ore notturne 20,00-8,00 di tutti i giorni, inoltre dalle ore 10,00 alle 20,00 del sabato e dei prefestivi, infine dalle ore 8,00 alle 20,00 dei festivi
- per ogni emergenza attiva il Sistema Territoriale di Emergenza 118

l'Infermiere Coordinatore valuta e dispone l'ammissione del ricovero del paziente concordandolo con il Medico dell'Ospedale di Comunità (MMG/Dirigente Medico)

- elabora e formalizza il Piano Assistenziale Individuale del paziente concordandolo con il Medico dell'Ospedale di Comunità (MMG/Dirigente Medico)
- coordina l'attività infermieristica, assistenziale e riabilitativa
- **predisporre i piani di lavoro per gli infermieri ed operatori sanitari**

Alb. Fini

epic. al

Fin
19/9/9
[Signature]

- garantisce la continuità dei turni di servizio degli infermieri ed operatori sanitari
- garantisce la compilazione della scheda RUG ed monitoraggio dei dati di attività riportati nell'art. 9 del presente regolamento
- gestisce la richiesta nonché il carico/scarico dei farmaci e del materiale sanitario necessario.

ART. 7

FARMACI E MATERIALI SANITARI

Il Coordinatore Infermieristico deve provvedere periodicamente, comunque prima dell'esaurimento delle scorte, a richiedere i farmaci ed i materiali sanitari necessari per l'ospite nel rispetto delle procedure aziendali tramite la Farmacia Interna Ospedaliera. Ogni richiesta deve essere autorizzata dal Direttore del Distretto o da un suo delegato.

ART. 8

REGISTRAZIONE DELLE ATTIVITA'

Di ogni ospite va tenuta in struttura una Cartella Clinico-Assistenziale Integrata redatta dal Medico dell'Ospedale di Comunità (MMG/Dirigente Medico) e dal Coordinatore Infermieristico all'atto dell'ingresso dell'assistito e aggiornata da parte del personale di assistenza ad ogni accesso/prestazione effettuata comprese le eventuali variazioni in itinere del trattamento terapeutico e del Piano Assistenziale Individuale.

La Cartella Clinico-Assistenziale Integrata deve contenere:

- i dati personali del paziente
- i dati sanitari
- il Piano Assistenziale Individuale (PAI)
- la relazione sociale se necessaria
- il diario assistenziale
- la scheda unica di terapia
- gli spazi dedicati alla registrazione di attività previste nel PAI
- gli spazi per la registrazione di consulenze od altre annotazioni.

La conservazione e la gestione della Cartella Clinico-Assistenziale Integrata deve rispettare i requisiti formali e sostanziali della documentazione sanitaria nel rispetto della normativa vigente.

ART. 9

VALUTAZIONI PERIODICHE DELL'ATTIVITA' ASSISTENZIALE (SISTEMA R.U.G.)

L'attività assistenziale residenziale è monitorata mediante l'applicativo informatico che si basa sulla compilazione della scheda RUG. Inoltre, sono monitorati periodicamente anche i seguenti indicatori di attività:

- N° ricoveri;
- Età media;

Handwritten signatures and initials are present at the bottom of the page, including a large signature on the left, several smaller signatures in the center, and a signature on the right with the number '5' written below it.

- % trasferimenti da/verso reparti per acuti;
- % decessi;
- % dimessi al domicilio;
- N° pazienti dimessi in Cure Domiciliari;
- N° pazienti trasferiti in RSA (R2.2) e RP;
- N° pazienti in nutrizione parenterale;
- N° pazienti con stomie;
- N° pazienti con medicazioni;
- N° pazienti con catetere vescicale;
- N° pazienti con fornitura di presidi;
- N° pazienti in ossigenoterapia;
- N° pazienti con fornitura di presidi;
- N° interventi del Servizio Sociale;
- Verifica/valutazione risultati generali (relazione).

ART. 10

GESTIONE AMMINISTRATIVA

Per ogni ospite deve essere tenuta una Cartella (Scheda) Amministrativa che deve contenere:

- ▶ i dati anagrafici dell'ospite
- ▶ i dati e gli atti relativi all'inserimento
- ▶ l'autocertificazione sul nucleo familiare o dei tenuti al mantenimento ex art. 433 del C.C.
- ▶ i redditi personali (ivi compreso il godimento dell'eventuale indennità di accompagnamento)
- ▶ l'atto di impegno di pagamento della retta alberghiera
- ▶ una scheda contabile annuale da aggiornare mensilmente.

ART. 11

NORME DELLA VITA COMUNITARIA

1. L'ospite all'ammissione fornisce oltre ai propri dati anagrafici, i nomi e gli indirizzi di familiari e conoscenti ai quali la struttura potrà rivolgersi in caso di necessità.
2. L'ospite inserito deve essere fornito di corredo personale completo.
3. L'orario dei pasti è riportato nella scheda allegata per ciascun Ospedale di Comunità (eventuali modifiche a tale regolamentazione verrà tempestivamente comunicata agli ospiti ed ai familiari).
4. La colazione il pranzo e la cena vengono di solito consumati in sala ristorazione; in casi particolari vengono assicurati in camera.
5. I familiari o tutori degli ospiti devono provvedere a tutti gli obblighi per quanto non di competenza istituzionale della struttura.
6. I familiari devono provvedere alla fornitura di medicinali non dispensati dal SSN.

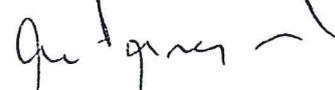
6

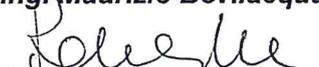
7. L'orario delle visite viene fissato dal Coordinatore Infermieristico in relazione alle esigenze della vita comunitaria. Sarà altresì regolamentata dallo stesso l'eventuale assistenza degli ospiti da parte di familiare o altro personale allo scopo indicato.
8. L'Area Vasta si riserva di chiedere il risarcimento a fronte di danni procurati da ospiti e/o familiari per colpa di negligenza.
9. Eventuali trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di esami o consulenze sono regolamentati dalle norme vigenti in materia.
10. In caso di decesso le procedure funerarie saranno a carico completo dei familiari e/o del Comune di appartenenza.

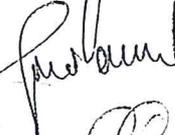
Il presente documento entra in vigore dal momento dell'attivazione del Sistema delle residenzialità presso gli Ospedali di Comunità dell'Area Vasta 2 ed ha validità fino ad eventuali atti di modifica ovvero integrazione da parte della Direzione Aziendale.

....., li

LETTO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO

| | |
|---|--------------------------------------|
|    | FIMMG AP SIMET AP FIMMG CA |
|---|--------------------------------------|

| |
|---|
| <p>Il Direttore dell'Area Vasta n. 2 Ing. Maurizio Bevilacqua.</p>  |
|---|

| | |
|---|---|
|    | Direzione G Direzione H Direzione S |
|---|---|