



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**OGGETTO: Approvazione del “Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA - Modifiche agli allegati A, B e C della DGRM n. 323 del 3/3/2005”**

**LA GIUNTA REGIONALE**

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dal servizio Politiche Sociali, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta dei Dirigenti del Servizio Politiche Sociali e del Servizio Salute che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione degli stessi che dalla Deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

**DELIBERA**

- di approvare il documento, concernente: “Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di residenza protetta in case di riposo“ (allegato A), in sostituzione dell'allegato C della DGRM n. 323 del 3/3/2005”, che con i suoi allegati 1 e 2 forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di approvare il documento concernente “criteri tariffari” (allegato B), in sostituzione dell'allegato B della DGRM del 3/3/2005, che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di approvare il documento “Applicazione del protocollo d'intesa della Giunta regionale con le Organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil e relative federazioni dei pensionati sulla non autosufficienza” (allegato C), in sostituzione dell'allegato A della DGRM del 3/3/2005, che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di stabilire che lo schema di convenzione di cui all'allegato A, predisposto per le convenzioni tra ASUR e Residenze protette o nuclei di assistenza protetta in Casa di Riposo è coerentemente adattato anche per il convenzionamento dell'ASUR con RSA private e con le Case di Riposo per le prestazioni ADI;

*IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
Dott. Bruno Bandoni*

*IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
Dott. Gianmario Spacca*



**DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE**

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

**Normativa di riferimento**

- L. n. 328/200: " Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"
- L.R. n. 20/2000: " Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private".
- L.R. n. 20/2002: " Disciplina in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale".
- Regolamento regionale n.1/04
- Accordo del 22.11.2001 sui Livelli Essenziali di Assistenza
- DPCM del 14.02.2001: " Atto di riordino e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"
- DPR 23.03.2003: "Piano Sanitario Nazionale 2003/2005"
- L. n. 662/1996, art. 1, commi 34 e 34 bis, concernenti: " Obiettivi prioritari e rilievo nazionale"
- L.R. n. 35/1995 concernente la realizzazione di Residenze Sanitarie Assistite.
- L.R. n. 13/ 2003: "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale".
- D.A. n. 97/2003:"Piano Sanitario Regionale 2003/2006 - Un alleanza per la salute"
- DGRM n. 1566/2004: " approvazione atto di indirizzo e concernente: Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico ed organizzativo"
- DGRM n. 1322/2004: " Protocollo d'intesa regionale sulla non autosufficienza"
- DGRM n. 323/2005: " Accordo con le Organizzazioni Sindacali sulle residenze sociali e adozione degli atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti"

**Motivazioni**

Con la DGRM n. 323 del 3.3.2005 la Giunta Regionale ha deliberato di prendere atto del documento "Applicazione del protocollo d'intesa delle Giunta Regionale con le organizzazioni sindacali CGIL, CISL e UIL e relative federazioni dei pensionati sulla non autosufficienza" (allegato A) e di adottare: i criteri tariffari rispetto alla compartecipazione alberghiera ed ai criteri di esenzione dalla stessa in RSA ed alla componente sanitaria e alberghiera delle RP (allegato B); lo schema di convenzione da sottoscrivere tra le Z.T. e le strutture per la gestione delle attività assistenziali sanitarie, tutelari ed alberghiere (allegato C) ed infine il "percorso di concertazione" (allegato D).

Nella DGRM stessa veniva dato mandato al Servizio Politiche Sociali ed al Servizio Sanità di predisporre, con atto congiunto, la ripartizione dei posti letto in RSA ed RP suddivisi per area vasta e di dare conseguente attuazione alle disposizioni della delibera in questione.

Con i successivi decreti n. 289 del 21.07.05 e n. 501 del 2.11.05 si è provveduto a definire la ripartizione dei posti letto in RSA e residenza protetta con relativa allocazione di risorse aggiuntive per area vasta e a



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

impegnare la spesa per ogni singola Zona territoriale, pari ai 2/12 della somma complessiva limitatamente alle RP, data la non utilizzabilità di Posti letto in RSA per l'anno 2005.

I due Servizi, in questa fase di realizzazione, hanno accolto alcuni dei rilievi provenienti, per il tramite dell'ASUR, dalle Zone Territoriali e dalle strutture di accoglienza, circa lo schema di convezione (allegato C) e alcune precisazioni riguardanti i "criteri di esenzione dalla compartecipazione alberghiera in RSA (allegato B) contenuti nella DGRM 323, ed hanno concordato di apportare alcune parziali revisioni che si riassumono di seguito:

- **Allegato B (DGR 323/05):** criteri tariffari punto 1. RSA – modifiche al punto 1.2 "Criteri di esenzione dalla compartecipazione alberghiera in RSA" .

*Si aggiunge:* i primi 60 giorni di permanenza presso le RSA sono esenti dalla compartecipazione alberghiera. Nel caso in cui la Unità Valutativa Distrettuale, attraverso il Piano personalizzato di cui all'art. 2 del DPCM 14.2.2001, disponga il ricovero in RSA di utenti che avrebbero le condizioni per accedere al sistema ospedaliero della riabilitazione intensiva e/o della lungodegenza, la stessa UVD, al termine dei 60 giorni, valuta la permanenza dei requisiti (fase intensiva-estensiva) che determinano la gratuità della prestazione e dispone l'eventuale ulteriore periodo di esenzione dalla partecipazione alberghiera.

*Si toglie:* le deroghe: pagamento dal 31 giorno in caso di provenienza da lungodegenza; pagamento dal 61 giorno in caso di provenienza da una Zona territoriale senza disponibilità di posti letto di lungodegenza.

- **Allegato C (DGR 323/05):** Schema di convenzione da sottoscrivere con gli enti gestori: il nuovo schema sostituisce integralmente il precedente e chiarisce alcuni punti riguardanti in maniera particolare:
  - o alcune specificazioni sul ruolo del medico di medicina generale (art. 11), nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale;
  - o la possibilità di una variazione contenuta in +/- 25% della retta di 33 Euro per l'anno 2006 (e non solo per il 2005), in relazione alla qualità dei servizi alberghieri erogati e ad eventuali specificità locali;
  - o la riduzione al 50% della quota della retta di degenza a carico della Zona nei giorni di assenza dell'assistito con conservazione del posto
  - o il diritto dell'ospite di non corrispondere la retta alberghiera nei giorni di permanenza in ospedale, in caso di ricovero ospedaliero;
  - o la modifica dell'allegato 1 dello schema di convenzione contenuto nella DGRM 323/05 con uno schema di budget/consuntivo più articolato e più rispondente alle modalità organizzative previste;
  - o la elaborazione dell'allegato 2 (assente nella DGR 323/05) con una scheda A di riepilogo dei dati della residenza protetta, una scheda B di dettagli del personale e una scheda C di composizione del costo medio giornaliero;
  - o la modifica dell'allegato 1 e l'elaborazione dell'allegato 2 si giustifica con la necessità di raccogliere i dati necessari per calcolare il costo effettivo del servizio e la composizione della retta relativamente alla componente sanitaria e alla componente alberghiera in modo da stabilire con precisione la distinzione tra quanto spetta al Servizio Sanitario Regionale e quanto spetta ai Comuni o al cittadino in base al reddito;



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- viene inoltre precisato che lo schema di convenzione predisposto per le convenzioni tra A.S.U.R. e Residenze Protette o nuclei di Residenza Protetta in Casa di Riposo, deve essere utilizzato per tutte le parti compatibili e coerentemente adattato per quelle non pertinenti anche per il convenzionamento dell'A.S.U.R. con RSA private e con le Case di Riposo per le prestazioni A.D.I.
- **Allegato A (DGR 323/05):** le modifiche apportate al testo dell'allegato B comportano una modifica anche all'applicazione del protocollo d'intesa con le Organizzazioni Sindacali allegato alla DGR 323/05 nella parte relativa al punto 5, laddove si individuano le modalità di esenzione dalla compartecipazione alberghiera in RSA.

Alla luce delle considerazioni sopra esposte e delle relative modifiche apportate agli allegati alla DGRM 323/05 e della opportunità di avere strumenti convenzionali utilizzabili sul territorio regionale per prestazioni analoghe si propone quanto segue:

**Esito dell'istruttoria**

- di approvare il documento, concernente: "Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di residenza protetta in case di riposo"(allegato A), in sostituzione dell'allegato C della DGRM n. 323 del 3/3/2005", che, con i suoi allegati 1 e 2, forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione.
- di approvare il documento concernente "criteri tariffari" (allegato 1), in sostituzione dell'allegato B della DGRM del 3/3/2005, che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di approvare il documento "Applicazione del protocollo d'intesa della Giunta regionale con le Organizzazioni sindacali Cgil, Cisl e Uil e relative federazioni dei pensionati sulla non autosufficienza" (allegato 2), in sostituzione dell'allegato A della DGRM del 3/3/2005, che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di stabilire che lo schema di convenzione di cui all'allegato A, predisposto per le convenzioni tra ASUR e Residenze protette o nuclei di assistenza protetta in Casa di Riposo, è coerentemente adattato anche per il convenzionamento dell'ASUR con RSA private e con le Case di Riposo per le prestazioni ADI;

IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
Dott. Giovanni Santarelli



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**PROPOSTA E PARERE DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI E DEL DIRIGENTE  
DEL SERVIZIO SALUTE**

I sottoscritti, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprimono parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propongono l'adozione alla Giunta Regionale. Si attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

*IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SALUTE'  
(Dott. Giuseppe Zuccatelli)*

*IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO POLITICHE SOCIALI  
(Dott. Paolo Mannucci)*

La presente deliberazione si compone di n. \_\_\_\_\_ pagine, di cui n. \_\_\_\_\_ pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

*IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
(Dott. Bruno Brandoni)*

**MODELLO DI CONVENZIONE  
PER RESIDENZE PROTETTE  
O NUCLEI DI RESIDENZA PROTETTA IN CASE DI RIPOSO**

In applicazione del Piano Sanitario Regionale 2003/2006 "Un'alleanza per la salute (D.A. n. 97 del 30.06.2003) e dell'atto di indirizzo concernente "Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo" (DGR n. 1566 del 14.12.04), nelle more dell'applicazione nella sua completezza dei regolamenti di cui alla Legge Regionale 20/02,

TRA

La Zona Territoriale dell'A.S.U.R. n° .... di .....  
rappresentata da ..... in qualità di  
.....

E

La Struttura denominata ..... (e/o Comune)  
..... con sede in ..... rappresentata da  
..... in qualità di .....

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

*ART. 1 - Area di intervento*

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Struttura ..... e la Zona Territoriale ..... per la gestione delle attività assistenziali, sanitarie, tutelari, alberghiere a favore degli anziani non autosufficienti ospiti della struttura medesima.

*ART. 2 - Oggetto*

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di un basso livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) e di un livello elevato di assistenza tutelare ed alberghiera, comunque inferiore a quello erogato dalle RSA, le cui problematiche sono prevalentemente di ordine socio-assistenziale.

*ART. 3 - Obiettivo dell'assistenza*

L'assistenza deve garantire la conservazione dello stato di equilibrio del soggetto e prevenire l'aggravamento dello stato di salute e il decadimento psico - funzionale, tramite l'elaborazione di progetti assistenziali individualizzati, il rispetto del patrimonio culturale, politico e religioso, l'osservanza dei ritmi e delle abitudini dell'anziano, compatibilmente con le esigenze della comunità in cui è inserito, la personalizzazione degli ambienti, la cura dell'aspetto fisico, l'inserimento nella comunità locale o la continuità dei rapporti con questa, quanto e quando possibile.

#### *ART. 4 - Soggetti destinatari del servizio*

L'assistenza offerta presso la Residenza Protetta è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrasessantacinquenni, aventi le seguenti caratteristiche:

- soggetti con esiti stabilizzati di vasculopatie cerebrali, per i quali non è richiesto un trattamento riabilitativo di tipo intensivo o estensivo;
- soggetti bisognosi di assistenza residenziale (colpiti da sindromi ad andamento cronico degenerativo o da eventi morbosi che richiedono assistenza tutelare continua ed interventi di riattivazione allo scopo di prevenire le conseguenze negative connesse alla immobilità ed allo scopo di limitare i ricoveri in ospedale);
- soggetti affetti da patologie ortopediche/traumatologiche croniche stabilizzate, per i quali non è richiesto un trattamento riabilitativo di tipo intensivo o estensivo;
- soggetti con deficit cognitivi e patologie neurodegenerative di tipo dementigeno che risultino comunque gestibili in un ambiente a basso carico sanitario;
- soggetti con deficit psico-sensoriali che non limitino gravemente l'autonomia pur richiedendo interventi sanitari di bassa complessità;
- soggetti soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- altri soggetti ritenuti gestibili nella Residenza Protetta a giudizio della UVD.

#### *ART. 5 - Posti letto e capacità ricettiva*

La Residenza può ospitare fino a n° ..... ospiti non autosufficienti.

Sono istituiti n° ..... nuclei fino ad un massimo di 30 posti letto per ciascuno e per ognuno deve essere garantita una adeguata organizzazione degli spazi e delle prestazioni.

La composizione del nucleo tiene conto della tipologia degli ospiti e del relativo carico assistenziale nonché delle misure idonee a garantire la convivenza e la sicurezza degli ospiti.

La Residenza Protetta, inoltre, garantisce la disponibilità di almeno il 5% dei posti letto per cicli di ricovero temporaneo della durata massima di 30 giorni, con funzione di sollievo alla famiglia. Sono possibili altresì cicli di ricovero temporaneo ripetuti nell'arco dell'anno, compatibilmente con la disponibilità dei posti letto della residenza protetta e la garanzia di possibilità di accesso per i nuovi richiedenti.

#### *ART. 6 - Modalità di accesso alla Residenza Protetta*

L'accesso alla Residenza Protetta avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVD secondo la seguente procedura:

1. Richiesta dell'anziano interessato o di familiare referente. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza di familiari, la segnalazione può essere inoltrata anche dal Medico di Medicina Generale o Ospedaliero o dall'Assistente Sociale di riferimento.

La richiesta o la segnalazione va presentata di norma presso la Segreteria Organizzativa delle Cure Domiciliari del Distretto oppure presso altre sedi concordate (servizio sociale del Comune o dell'ospedale, strutture residenziali ecc..) e trasmesse successivamente al Distretto.

2. Convocazione dell'UVD.

3. Valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell'UVD (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra se presente, Infermiere professionale, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura di ricovero in cui si trova.

4. Valutazione conclusiva dell'UVD di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa.

5. Definizione, da parte dell'UVD, del percorso assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollevio"), lo scadenzario delle verifiche. Sulla base delle suddette indicazioni la Residenza Protetta provvederà ad elaborare il PAI (Piano di Assistenza Individualizzato)

6. Dimissione, da parte dell'UVD, dalle Residenze Protette

#### *ART. 7 - Criteri per l'ammissione dei pazienti*

Dalla definizione dell'Art. 2 conseguono i requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette:

1. Condizione di non autosufficienza: misurabile con le apposite scale di valutazione ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (allegati 1, 2, 3 dell'allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari").

2. Complessità assistenziale del paziente: intesa come necessità di assistenza da parte di un'equipe multiprofessionale per interventi assistenziali multidisciplinari sanitari e sociali non attuabili a domicilio.

3. Presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito. Situazione dell'anziano caratterizzata:

- dall'essere solo o privo di un valido supporto familiare o sociale, o da supporto familiare necessitante di sollevio,
- dalla mancanza di idonea situazione abitativa,
- dalla presenza di barriere architettoniche che ne impediscano le attività quotidiane e non diversamente risolvibili.

4. Basso livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa): assenza di necessità di interventi altamente specialistici o di tecnologie complesse che impongono il ricovero ospedaliero o di prestazioni sanitarie più complesse che prevedono l'inserimento in strutture residenziali a più elevato livello assistenziale.

#### *ART. 8 - Modello organizzativo*

L'erogazione delle prestazioni nella Residenza Protetta può avvenire in



forma diretta e/o indiretta<sup>1</sup>:

	in forma	Diretta	Indiretta
Assistenza medico-generica			
Assistenza medico-specialistica			
Assistenza riabilitativa			
Assistenza farmaceutica, esclusi i farmaci in fascia "C"			
Presidi e ausili sanitari			
Trasporto sanitario nei casi previsti			
Assistenza infermieristica			
Assistenza tutelare (OSS - ADB/ADEST - ecc.)			
Animazione /terapia occupazionale			

L'assistenza fornita in forma indiretta avviene tramite rimborso della quota sanitaria fissata dall'art. 17 alla Residenza Protetta che fornisce il personale.

La Residenza Protetta si avvale delle seguenti professionalità<sup>2</sup>:

- Responsabile di struttura
- Coordinatore afferente all'area sanitaria o sociale
- Infermieri
- Terapisti della riabilitazione (in alternativa possono essere operatori del SRRF della Zona Territoriale)
- OSS (ADEST / ADB / OTA / OSA residuali / infermieri generici)
- Amministrativi
- Ausiliari - operatori addetti alle pulizie dei locali, alla lavanderia, alla stireria, al guardaroba, alla ristorazione, alla portineria.

#### *ART. 9 - Responsabili delle attività*

Alla Zona Territoriale spetta, nella persona del Direttore del Distretto, la responsabilità delle prestazioni sanitarie erogate.

Alla Residenza Protetta spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni socio-assistenziali ed organizzative.

#### *ART. 10 - Pianificazione delle attività*

Il Responsabile di struttura, di cui all'Art. 8, sovrintende alla organizzazione della struttura e si fa carico di tutte le necessità inerenti il suo buon funzionamento, sia sotto l'aspetto assistenziale che amministrativo.

Il Coordinatore, di cui all'Art. 8, è responsabile della organizzazione delle prestazioni assistenziali e sanitarie.

Elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore del Distretto.

È responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Responsabile di struttura e il Coordinatore si fanno carico:

- del monitoraggio e della documentazione delle attività

<sup>1</sup> La ripartizione è indicativa e può essere modificata in base alle esigenze locali.

<sup>2</sup> Alcune delle attività svolte dalle professionalità elencate possono essere esternalizzate, specificandolo nella convenzione. Per le strutture più grandi può essere prevista una maggiore articolazione dell'organizzazione prevedendo coordinatori delle attività assistenziali di nucleo/modulo.

- della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale,
- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, alla Zona Territoriale,
- della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla A.S.U.R.,
- della rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati
- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico alla Zona Territoriale.

Vigilano sul buon andamento delle attività svolte dagli operatori e sulla compilazione corretta e completa della documentazione clinica e assistenziale.

Attivano forme di collaborazione con associazioni di volontariato per attività di supporto, socializzazione e interazione con il territorio.

#### *ART. 11 - Il ruolo del Medico di Medicina Generale*

Il Medico di Medicina Generale ha la responsabilità clinica del proprio paziente e si prende cura della continuità terapeutica.

L'accesso del Medico di Medicina Generale avviene secondo quanto programmato nell'UVD rispetto al piano terapeutico assistenziale individuale.

Il Medico di Medicina Generale è tenuto inoltre ad assicurare visite ed interventi anche in situazioni non programmate, come in caso di urgenza, con le stesse modalità previste a domicilio dal vigente CCN per la Medicina Generale e relativi Accordi Integrativi Regionali.

Nei casi in cui non sia possibile ricorrere al Medico di Medicina Generale, per le urgenze/emergenze il caposala, o l'infermiere professionale in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale e/o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto attiva modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

#### *ART. 12 - Lavoro in equipe e Piano di Assistenza Individualizzato*

Il modello operativo è improntato al lavoro d'equipe, avente come indirizzo unificante la condivisione progettuale, la globalità dell'intervento, e la verifica dei risultati, che trovano operatività, per ogni persona accolta, nella definizione e gestione del PAI (Piano di Assistenza Individualizzato).

La Residenza Protetta attiva unità di valutazione composte dal personale interno, dal MMG, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVD, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVD (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi).

Gli operatori effettueranno riunioni periodiche, con cadenza settimanale, di programmazione e verifica del PAI.

#### *ART. 13 - Registrazione delle attività*

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ingresso, una cartella assistenziale integrata (medica, infermieristica, tutelare) la cui articolazione è concordata con il Direttore del Distretto.

In particolare tale documentazione deve contenere:

- i dati personali;
- i dati anamnestici;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla dei professionisti che hanno erogato la prestazione, i risultati raggiunti, ecc.);
- spazi per consulenze, note, osservazioni, ecc..

Inoltre tutti i professionisti sono tenuti alla puntuale e completa registrazione sulle cartelle di tutte le attività sanitarie e prestazioni socio assistenziali erogate, compresi eventuali comportamenti o reazioni dell'Ospite.

L'ente gestore utilizza all'uopo la modulistica concordata con il Distretto in attesa che venga predisposta dalla Regione Marche.

Le stesse attività sanitarie e socio-assistenziali debbono essere registrate su supporto informatico, per permettere alla Zona Territoriale una acquisizione ed elaborazione dei dati in tempo reale.

Altresì debbono essere registrate, su supporto informatico, tutte le attività del personale da cui derivi un onere economico alla Zona Territoriale.

#### *ART. 14 - Carta dei servizi*

La Residenza Protetta adotta la Carta dei servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, con esplicito riferimento a:

- finalità e caratteristiche della struttura
- modalità di ammissione, gestione delle liste di attesa, fruizione del servizio e dimissione degli ospiti
- ammontare e modalità di corresponsione della retta
- prestazioni e servizi forniti agli ospiti con la chiara indicazione di ciò che è compreso nella retta mensile, ciò che è garantito dal SSN e ciò che è considerato extra
- durata del periodo di conservazione del posto in caso di assenza prolungata e relativi oneri
- regole della vita comunitaria
- criteri di organizzazione delle attività ricreative
- rapporti con la comunità locale e i servizi territoriali
- modalità di accesso dei familiari, delle associazioni di volontariato e delle organizzazioni di tutela degli enti.
- Funzionamento dell'organismo di rappresentanza degli ospiti e dei familiari
- Piano di aggiornamento e formazione del personale.

#### *ART. 15 - Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato*

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici, nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della Residenza Protetta e il Direttore del Distretto, sentite le esigenze degli ospiti, gli orari di visita e ne sarà dato il dovuto risalto mediante affissione di tali orari nei punti accessibili al pubblico e nella "Carta dei servizi"

Premesso che l'apporto ed il coinvolgimento delle associazioni di volontariato costituiscono una risorsa per la Residenza Protetta e per gli ospiti, verrà concordato un piano di attività da svolgere con e per gli ospiti, che

permetta una collaborazione proficua ai fini di un miglioramento delle condizioni psico-fisiche degli stessi.

#### *ART. 16 - Standard assistenziali*

La Residenza Protetta deve garantire ai propri ospiti i seguenti standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS):

- Infermiere Professionale: 20 minuti (*oppure: 10 minuti*) al giorno per paziente e pronta disponibilità nelle fasce orarie in cui non vi sia presenza infermieristica.
- Operatore socio-sanitario (con possibile presenza di ADEST e ADB, nonché di OTA/OSA residuali): presenza nelle 24 ore e 80 minuti (*oppure: 40 minuti*) al giorno per paziente, che aumentano a 100 minuti per gli ospiti affetti da demenza.

Il rispetto degli standard assistenziali e infermieristici deve essere documentato attraverso la pianificazione dei turni di servizio, la rendicontazione oraria e la descrizione dei piani di attività di ogni figura professionale, assistenziale ed alberghiera, impiegata.

#### *ART. 17 - Tariffa giornaliera<sup>3</sup> - componente sanitaria a carico SSR -*

La Zona Territoriale corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS (v. articolo 8 e 16) sulla base delle effettive presenze giornaliere, la seguente tariffa giornaliera per l'assistenza infermieristica e degli operatori socio-sanitari per ciascun ospite:

- Degenza ordinaria ospite non autosufficiente: € 33 (*oppure: 16 €*)
- Degenza ordinaria ospite non autosufficiente affetto da demenza: 40 (*oppure: 20 €*)

Il pagamento avverrà entro 90 giorni, a seguito di rendicontazione, da parte della Residenza Protetta, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 10° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento.

In allegato 1 è riportato lo schema di budget, da utilizzare in fase revisionale e a consuntivo, a stima del preventivo. Lo stesso schema sarà compilato al 31 dicembre di ogni anno a consuntivo dell'assistenza erogata.

Il pagamento è subordinato alla compilazione degli allegati 1 e 2 e all'assolvimento di quanto previsto all'art. 21.

#### *ART. 18 - Retta giornaliera - componente alberghiera a carico dell'ospite -*

La retta giornaliera relativa alla componente alberghiera, calcolata sulla base dei costi di gestione in allegato 2, è pari a 33 € a carico dell'ospite della Residenza Protetta o del Comune di residenza dell'assistito, nei casi previsti dalla legge.

Rispetto alla retta giornaliera, per l'anno 2006, si permette una variazione

---

<sup>3</sup> Salvo il caso in cui la Zona Territoriale fornisca in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS (v. articolo 8 e 16)

contenuta in +/- 25%, in relazione alla qualità dei servizi alberghieri erogati e ad eventuali, specificate e concordate, specificità locali. La componente alberghiera a carico dell'ospite sarà periodicamente aggiornata sulla base degli indici ISTAT e dei risultati dell'analisi dei costi presso le strutture erogatrici.

Fino al raggiungimento degli obiettivi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria definiti dalla Regione Marche, le strutture che, alla data di stipulazione della presente convenzione, erogano standard assistenziali superiori a quelli attualmente garantiti dalla quota sanitaria utilizzando figure professionali sociali, possono derogare dal tetto fissato per la retta giornaliera concordandola con il Distretto Sanitario e l'Ambito Territoriale Sociale.

#### *ART. 19 - Conservazione del posto*

Qualora l'ospite si assenti per ricovero in ospedale, il posto sarà conservato fino alla dimissione ospedaliera, eccetto che, a seguito di valutazione dell'UVD, non sia stabilito un ricovero presso un altro tipo di struttura residenziale.

In caso di assenza volontaria, debitamente documentata, il posto viene conservato per un massimo di n°15 giorni complessivi nell'anno.

Nei giorni di assenza con conservazione del posto, la Zona Territoriale corrisponderà alla Residenza Protetta il 50 % della quota a proprio carico della retta di degenza. L'ospite, per i giorni di ricovero in ospedale, non è tenuto a corrispondere la retta alberghiera.

#### *ART. 20 - Controlli e verifiche*

Con periodicità da concordare tra le parti, verranno effettuati, da parte del personale del Distretto Sanitario, dei sopralluoghi per il controllo del buon andamento della struttura, relativamente agli aspetti alberghieri ed assistenziali.

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto della L. 626/1994.

Verranno, inoltre, fatte, anche queste periodicamente, delle verifiche sullo stato di salute degli ospiti.

#### *ART. 21 - Valutazioni periodiche dell'attività assistenziale (Sistema RUG)*

L'attività residenziale è documentata e monitorata obbligatoriamente tramite il sistema RUG con periodicità trimestrale da inviare congiuntamente alla rendicontazione di cui all'art. 17.

L'efficacia dell'attività assistenziale è altresì valutata attraverso il monitoraggio dei seguenti indicatori:

- Mantenimento e recupero delle autonomie funzionali
- Insorgenza e guarigione delle piaghe da decubito
- Incidenza delle cadute
- Applicazione di protocolli per la contenzione
- Altri indicatori concordati tra il Responsabile di Residenza Protetta ed il Direttore di Distretto

#### *ART. 22 - Qualità percepita*

Ai fini di valutarne il gradimento e tarare eventuali interventi sulle aspettative e le esigenze degli stessi sarà somministrato, mediamente con

frequenza annuale, a ciascun ospite della Residenze Protette un questionario che indaga i seguenti aspetti della struttura:

- organizzazione
- personale
- procedure

*ART. 23 - Aggiornamento e formazione del personale.*

Saranno garantiti, da parte della Residenza Protetta, cicli periodici di aggiornamento e formazione specifica al personale socio-assistenziale dipendente, da realizzarsi al di fuori dell'attività di assistenza agli ospiti e quantificabile in almeno n.10 ore annuali pro capite e sarà favorita la partecipazione di detto personale alle attività di formazione e seminari promosse dalla Zona Territoriale e che abbiano attinenza con le specifiche attività professionali.

*ART. 24 - Validità*

Il presente accordo ha validità dal ..... al .....

*ART. 25 - Recessione*

La recessione, possibile da entrambe le parti, è comunicata con un preavviso di ..... giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

ALLEGATO 1

<b>SCHEMA di BUDGET / CONSUNTIVO</b>		
<b>Dati di riepilogo:</b>	PREVISIONE al ..../..../....	CONSUNTIVO al 31/12/....
PL struttura		
PL autorizzati come Residenza Protetta (RP)		
PL di Residenza Protetta (RP) convenzionati		
Giornate di permanenza ospiti nei PL convenzionati delle RP - Per previsione stima		
<b>Assistenza Infermieristica e OSS in convenzione:</b>		
Minuti di assistenza infermieristica al giorno - per ospite		
Minuti di assistenza OSS al giorno - per ospite		
Totale ore di assistenza infermieristica - per anno		
Totale ore di assistenza OSS o figure equiparabili - per anno		
N. Infermieri		
- di cui N. dell'A.S.U.R.		
- di cui N. della Struttura		
N. OSS o figure equiparabili		
- di cui N. dell'A.S.U.R.		
- di cui N. della Struttura		
<b>a) Costi assistenza:</b>		
Per l'erogazione a carico dell'A.S.U.R.:		
Costo Totale annuo per Infermieri [1]		
Costo Totale annuo per OSS [2]		
Per l'erogazione a carico della Struttura:		
Costo Totale annuo per Infermieri [4]		
Costo Totale annuo per OSS [5]		
Costo erogazione assistenza A.S.U.R. [1]+[2]=[3]		
Costo erogazione assistenza Struttura [4]+[5]=[6]		
<b>a) Totale Costi assistenza [3]+[6]</b>		
<b>b) Costi altra assistenza sanitaria:</b>		
- Medico generica		
- Medico-specialistica		
- Riabilitativa		
- Farmaceutica (esclusa fascia C)		
- Presidi e ausili sanitari		
- Trasporti sanitari		
- Altro: specificare:		
<b>b) Totale Costi altra assistenza sanitaria</b>		
<b>TOTALE COSTI a) + b)</b>		

## ALLEGATO 2

### A - Scheda riepilogo dati Residenza Protetta

Denominazione della struttura: .....

Comune: .....

Indirizzo: .....

Gestione      Pubblica            Privata

Soggetto gestore (ente o società): .....

Tipo di struttura (1): .....

N° di posti letto (2): anno 2005: .....     anno 2006: .....

N° di posti letto convenzionati: anno 2005: .....     anno 2006: .....

Giornate di degenza effettive (3): anno 2005: .....     anno 2006: .....

M. quadri complessivi della struttura (4): anno 2005: .....     anno 2006: .....

M. cubi complessivi della struttura (5): anno 2005: .....     anno 2006: .....

Numero camere: .....

Numero bagni: .....

Numero bagni attrezzati per disabili: .....

Numero bagni attrezzati per bagno assistito: .....

Numero ambulatori e sale terapia: .....

Numero locali comuni: .....

Presenza di palestra: .....

Presenza di giardino fruibile dagli utenti : .....

Retta giornaliera (6): anno 2005: .....     anno 2006: .....

Servizi a pagamento non compresi nella retta di ricovero: .....

Servizi esternalizzati (7): .....

**Note:**

(1) - Indicare se si tratta di RSA, Residenza protetta, Casa di Riposo, Ospedale di lungodegenza, Casa di Cura, istituto di riabilitazione o altro.

(2) - Inserire il numero totale dei posti letto effettivamente adibiti all'ospitalità relativi agli anni 2005 e 2006

(3) - Inserire le giornate effettive di degenza relative agli anni 2005 e 2006. Chi non avesse a disposizione tale dato può calcolarlo utilizzando la formula: GG. Degenza = posti letto \* 365 \* Tasso utilizzo posti letto

(4) - Inserire il numero dei m. quadri complessivi rispetto ai quali vengono effettuate le attività di igiene ambientale

(5) - Inserire il numero dei m. cubi complessivi sulla base dei quali vengono calcolate le utenze

(6) - Qualora la struttura applichi rette differenziate a seconda della condizione di non autosufficienza dell'ospite o per altri motivi, indicare le diverse rette applicate.

(7) - Indicare quali servizi sono esternalizzati (ad esempio pasti, lavanderia, pulizia, manutenzioni, ecc)



## B - Dettaglio del personale

### Note per la compilazione della scheda:

Indicare per ogni qualifica il numero di unità di personale impiegato dalla struttura, specificando in nota il tipo di part-time, il tipo di contratto (lavoro dipendente, a progetto, ecc.) o altro.

Situazione al: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Qualifica	Personale interno (1)		Personale da società esterne convenzionate		Personale comandato da altri enti		Totale	Note
	Numero unità	di cui a part-time	Numero unità	di cui a part-time	Numero unità	di cui a part-time		
Personale direttivo							-	
Medici e altri laureati							-	
Coordinatori infermieristici/caposala							-	
Infermieri							-	
OSS							-	
OTA							-	
OSA/ADB//ADEST							-	
Ausiliari							-	
Terapisti							-	
Educatori							-	
Assistenti sociali							-	
Altro personale sanitario/socio-assistenziale							-	
Personale amministrativo							-	
Addetti all'igiene ambientale							-	
Addetti alla ristorazione							-	
Addetti alla lavanderia							-	
Addetti alle manutenzioni							-	
Altro personale di supporto							-	
<b>Totale</b>	-	-	-	-	-	-	-	

(1) personale dipendente, personale con contratto a progetto, liberi professionisti aventi un rapporto diretto con l'ente.

### Annotazioni Particolari:

## C - Composizione del costo medio giornaliero

	Valore al 31/12/ __	Valore al 31/12/ __
numero posti letto		
giorni di degenza effettiva		

### Costi variabili rispetto al case-mix

Costo beni e servizi supplementari non terapeutici	Valore al 31/12/ __	Valore al 31/12/ __
Consumi di beni sanitari		
<b>Costo annuale beni</b>		
<b>Costo giornaliero beni</b>		
<i>Medici</i>		
<i>Prestazioni diagnostiche</i>		
<i>Consulenze sanitarie</i>		
<i>Trasporti sanitari</i>		
<i>Manutenzione attrezzature sanitarie</i>		
<i>Canoni leasing attrezzature sanitarie</i>		
<i>Ammortamento attrezzature sanitarie</i>		
<i>Smaltimento rifiuti speciali</i>		
<b>Costo annuale servizi</b>		
<b>Costo giornaliero servizi</b>		
<b>Costo annuale beni e servizi</b>		
<b>Costo giornaliero beni e servizi</b>		
<b>% di incidenza sul Costo giornaliero totale</b>		

Costi infermieristici, riabilitativi e altri		
<i>Caposala</i>		
<i>Infermieri professionali</i>		
<i>OSS</i>		
<i>OTA</i>		
<i>OSA/ADB/ADEST</i>		
<i>Ausiliari</i>		
<i>Terapisti</i>		
<i>Educatori</i>		
<i>Assistenti sociali</i>		
<i>Altro personale sanitario e socio-assistenziale</i>		
<i>Personale esterno convenzionato</i>		
<b>Costo annuale</b>		
<b>Costo giornaliero</b>		
<b>% di incidenza sul Costo giornaliero totale</b>		

### Costi fissi rispetto al case-mix

Costi generali, amministrativi e del capitale		
<i>Consumi di beni non sanitari (eccetto materiale di guardaroba, pulizia e convivenza)</i>		
<i>Materiale di guardaroba, pulizia, convivenza</i>		
<i>Manutenzioni beni non sanitari</i>		
<i>Consulenze legali, amministrative e tecniche</i>		
<i>Utenze</i>		
<i>Servizi appaltati</i>		
<i>Lavanderia</i>		
<i>Pulizia</i>		
<i>Mensa</i>		
<i>Riscaldamento</i>		
<i>Altri servizi</i>		

**Allegato "A" - schema di convenzione**

Rimborsi, assegni, contributi e altri servizi		
Fitti passivi e canoni		
Personale di supporto		
Personale amministrativo		
Personale direttivo		
Altro personale esterno convenzionato		
Formazione e aggiornamento del personale		
Costi generali e oneri diversi di gestione		
Imposte e tasse		
Ammortamenti e accantonamenti		
Oneri finanziari		
Costo annuale		
<b>Costo giornaliero</b>		
<b>% incidenza sul Costo giornaliero totale</b>		

<b>Costo giornaliero totale</b>		
<b>di cui: quota alberghiera</b>		

## **CRITERI TARIFFARI**

### **1. RSA**

#### 1.1 Compartecipazione alberghiera in RSA

Il valore medio regionale di riferimento della compartecipazione (retta) alberghiera nelle RSA è pari a 33€. Le rette alberghiere delle RSA saranno progressivamente allineate a tale valore, tenuto conto dei costi di gestione e delle specificità locali, e non potranno eccedere l'intervallo di minimo e massimo 33€ +/-25% nell'anno 2005.

Il valore medio regionale di riferimento e l'intervallo di minimo e massimo saranno periodicamente aggiornati sulla base degli indici di inflazione ISTAT e dei risultati dell'analisi dei costi presso le strutture erogatrici.

#### 1.2 Criteri di esenzione dalla compartecipazione alberghiera in RSA

I primi 60 giorni di permanenza presso le RSA sono esenti dalla compartecipazione alberghiera.

Nel caso in cui l'Unità Valutativa Distrettuale, attraverso il Piano personalizzato di cui all'art 2 del DPCM 14.2.2001, disponga il ricovero in RSA di utenti che avrebbero le condizioni per accedere al sistema ospedaliero della riabilitazione intensiva e/o della lungodegenza, la stessa UVD, al termine dei 60 giorni, valuta la permanenza dei requisiti (fase intensiva-estensiva) che determinano la gratuità della prestazione e dispone l'eventuale ulteriore periodo di esenzione dalla compartecipazione alberghiera.

### **2. Residenze Protette**

#### 2.1 Componente a carico SSR

L'assistenza sanitaria a favore degli ospiti delle residenze protette consiste in

- Assistenza medico-generica
- Assistenza medico-specialistica
- Assistenza riabilitativa
- Continuità assistenziale
- Assistenza ospedaliera
- Assistenza farmaceutica, esclusi i farmaci in fascia "C"
- Presidi e ausili sanitari contemplati nel nomenclatore tariffario (cateteri, pannoloni, presidi per colestomia ecc.)
- Trasporto sanitario nei casi previsti
- Assistenza infermieristica
- Assistenza tutelare (OSS)

Le diverse tipologie di assistenza possono essere fornite in forma diretta (con personale dipendente o convenzionato SSR ) o in forma indiretta (con personale dipendente o convenzionato della residenza protetta)

Nel caso in cui l'assistenza infermieristica e tutelare (OSS) sia erogata in forma indiretta, la componente a carico del SSR della retta giornaliera nelle residenze protette è calcolata sulla base dei minuti di assistenza infermieristica e OSS previsti, pari a:

- i) 33 € nelle residenze protette che offrono 100 minuti di assistenza giornaliera (di cui 20 minuti di assistenza infermieristica e 80 minuti di assistenza OSS) per ospite non autosufficiente;
- ii) 16 € nelle strutture che nel periodo transitorio offrono 50 minuti di assistenza giornaliera (di cui 10 infermieristica e 40 di operatori socio-sanitari) per ospite non autosufficiente;

- ii) 40 € nei nuclei demenze che offrono 120 minuti di assistenza (di cui 20 minuti di assistenza infermieristica e 100 minuti di assistenza OSS) per ospite

Qualora le convenzioni in vigore al 1/1/2005 tra strutture residenziali e Zone territoriali prevedano un livello assistenziale maggiore giustificato dalla tipologia di utenza, la componente a carico del SSR sarà determinata in proporzione ai valori sopra riportati.

## 2.2 Componente a carico dell'utente

Il valore medio regionale di riferimento della componente alberghiera a carico dell'utente (o del comune) nelle residenze protette è pari a 33€. In attesa di attivare idonei strumenti di rilevazione e analisi dei costi di produzione, si definisce un intervallo di minimo e massimo per l'anno 2005, pari a 33€ +/- 25%, entro il quale la residenza protetta determinerà la retta alberghiera a carico dell'utente (o del comune) sulla base dei propri costi di gestione e delle specificità locali.

I costi di gestione dovranno essere documentati e allegati alla convenzione stipulata con la Zona Territoriale ASUR. La retta alberghiera dovrà essere riportata nella Carta Servizi della Residenza Protetta con la chiara indicazione dei servizi inclusi nella retta e quelli considerati extra per i quali sono previsti pagamenti aggiuntivi.

L'intervallo di minimo e massimo sarà periodicamente aggiornato sulla base degli indici di inflazione ISTAT e dei risultati dell'analisi dei costi presso le strutture erogatrici.

APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO D'INTESA DELLA GIUNTA REGIONALE CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI CGIL, CISL, UIL E RELATIVE FEDERAZIONI DEI PENSIONATI SULLA NON AUTOSUFFICIENZA.  
Verbale della riunione del 3\2\2005

Con la stipula del protocollo regionale d'intesa sulla non autosufficienza avvenuta in data 5.11.2004 sono state definite alcune priorità d'azione da parte della giunta regionale in materia di sostegno alla non autosufficienza nei cittadini marchigiani con particolare, ma non esclusivo, riferimento all'età anziana.

Il protocollo, recepito con delibera di Giunta n. 1322 del 9.11.2004, ribadisce che:

- La condizione di non autosufficienza, sia di anziani che di disabili, è una priorità delle politiche della Regione Marche;
- Occorre superare alcune criticità relative alla mancata corrispondenza tra bisogni e livello dell'offerta e all'accentuata diversificazione del livello di spesa a carico dell'utenza per sostenere il costo delle prestazioni in assenza di regola di equo accesso;
- In attesa della rivalutazione del fabbisogno dei posti letto per RSA e RP sulla base dell'analisi da parte dell'Agenzia Regionale Sanitaria riferita all'appropriatezza dei regimi assistenziali erogati agli utenti, gli obiettivi da raggiungere riguardano la messa a regime entro il 2005 del numero di posti letto di RSA e RP quantificati in 333 p.l. ex Nar a 100 minuti, 2.200 p.l. RP a 50 minuti, incremento accessi ADI in Cdr, 1000 p.l. in RSA per un impegno finanziario complessivo aggiuntivo di 10 milioni di euro; la rimodulazione dell'atto di fabbisogno per area vasta rispetto a quello riportato sul piano sanitario; erogazione delle prestazioni assistenziali sanitarie nelle RP in base al regolamento per le autorizzazioni; applicazione complessiva della lr. e definizione degli standard assistenziali in RSA; realizzazione accessi unici alla rete dei servizi; attuazione di percorsi di dimissioni protette e funzioni di presa in carico; linee guida regionali sull'ISEE; realizzazione, estensione e qualificazione dell'ADI, riordino dei criteri del sistema tariffario (rette RSA e RP); risorse aggiuntive per le cure domiciliari; interventi per l'emersione del lavoro nero nei servizi alla persona svolta da assistenti familiari/badanti.
- I percorsi riportati richiedono un confronto continuo tra le parti che si impegnano anche ad intervenire sull'ipotesi di riforma delle lpab, sull'applicazione delle linee guida per l'elaborazione dei piani triennali di ambito sociale e sui contenuti complessivi del Piano anziani.

La controfirma dell'accordo ha avviato una serie di confronti sia a livello tecnico che a livello politico finalizzati ad intervenire sulla concretizzazione delle indicazioni riportate sul protocollo che si sono tenuti il 18 novembre, il 6 dicembre, il 20 dicembre 2004, il 13 gennaio e il 18 gennaio 2005.

A tali incontri sono intervenute le organizzazioni sindacali confederali di Cgil, Cisl e Uil e le rispettive organizzazioni dei pensionati assieme agli assessori regionali alla Sanità e alle politiche sociali, ai dirigenti dei servizi interessati, ai funzionari di riferimento, ai tecnici del Dipartimento servizi alla persona e alla comunità e dell'Agenzia regionale sanitaria.

Gli argomenti inseriti all'ordine del giorno dei vari incontri sono stati i seguenti:

- Considerazioni sul testo del Piano "Sistema dei servizi degli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo - prevenire, contrastare, ridurre e accompagnare la non autosufficienza";
- definizione dell'atto di fabbisogno per l'articolazione dei posti letto nelle residenze protette per anziani e nelle RSA
- definizione dei criteri tariffari relativi alla componente sanitaria delle residenze protette per anziani
- retta alberghiera in RSA e in RP con periodo di esenzione
- definizione di linee guida per la compartecipazione al costo dei servizi da parte dei cittadini
- confronto sul manuale di accreditamento delle strutture sociali a ciclo residenziale e semi residenziale ai sensi della lr 20/02
- esposizione dati definitivi ricerca dell'ARS su assistenza domiciliare integrata sui quali dovrà svilupparsi un adeguato confronto sui livelli di spesa e di funzionamento effettivo del servizio.

Le indicazioni emerse dagli incontri alla data del 3 febbraio 2005 sono così sintetizzabili:

<b>1. Piano "Sistema dei servizi degli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico e organizzativo - prevenire, contrastare, ridurre e accompagnare la non autosufficienza";</b>	
	Si è convenuto di condividere il testo così come presentato dal Servizio, modificandolo in alcune parti riportate sulle schede obiettivi-azioni-tempi-risorse-indicatori laddove si individuavano tra le varie azioni anche interventi di assistenza notturna ospedaliera. Il testo è stato approvato in Giunta il 14 dicembre 04 con DGR n. 1566
<b>2. Definizione dell'atto di fabbisogno posti letto in RP e in RSA</b>	
	<p>Tale atto non è solo previsto dal protocollo con i Sindacati, ma anche dalla lr 20/02 che affida alla Giunta il compito di determinare il fabbisogno delle strutture protette per anziani e disabili (art. 13, comma 6) dal Piano sanitario "Un'alleanza per la salute" che riporta, a pag. 105, la tabella complessiva di posti letto per lungodegenza post acuzie, riabilitazione e residenziali e dal Piano "Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche anziani: sviluppo programmatico e organizzativo"</p> <p>Si è ritenuto da parte dei tecnici del dipartimento e dell'ARS di proporre una modifica al riparto dei PL fatta dal piano sanitario per area vasta utilizzando come criterio di ripartizione non solo la presenza di popolazione anziana &gt; 64 anni (definendo un peso statistico del 66%), ma anche la distribuzione dei posti letto e degli ospiti non autosufficienti (definendo un peso statistico del 34%).</p> <p>La proposta presentata è stata accolta positivamente dalle organizzazioni sindacali e approvata chiedendo però di indicare con esattezza i percorsi di concertazione locale dei posti letto da parte dei comitati dei sindaci, dei Direttori di Zona e dei Coordinatori di ambito e di definire una tempistica certa in modo da non correre il rischio di un mancato utilizzo dei finanziamenti regionali messi a disposizione per integrare l'assistenza sanitaria nelle RP.</p> <p>Si decide quindi di:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. approvare la proposta di atto di fabbisogno e la relativa ipotesi di allocazione budget per aree vaste nelle modalità presentate dalla Regione che modifica la tabella riportata sul piano sanitario;</li><li>2. di procedere da parte della Giunta alla modifica della tabella di pag. 105 del piano sanitario nelle modalità concordate entro tempi brevi</li><li>3. di inserire nell'atto di fabbisogno l'indicazione dei tempi di realizzazione e delle modalità di concertazione territoriale per l'individuazione delle residenze a cui affidare i posti letto all'interno delle singole Zone considerato l'obbligo di rispettare le indicazioni numeriche date dal Dipartimento per area vasta</li></ol>
<b>3. Definizione dei criteri tariffari relativi alla componente sanitaria delle residenze protette per anziani</b>	
	<p>Si è concordato che la componente sanitaria a carico del SSR della retta giornaliera nelle residenze protette sia calcolata sulla base dei minuti di assistenza infermieristica e OSS previsti, pari a:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>i) 33 € nelle residenze protette che offrono 100 minuti di assistenza giornaliera (di cui 20 minuti di assistenza infermieristica e 80 minuti di assistenza OSS) per ospite non autosufficiente;</li><li>ii) 16 € nelle strutture che nel periodo transitorio offrono 50 minuti di assistenza giornaliera (di cui 10 infermieristica e 40 di operatori socio-sanitari) per ospite non autosufficiente;</li><li>iii) 40 € nei nuclei demenze che offrono 120 minuti di assistenza (di cui 20 minuti di assistenza infermieristica e 100 minuti di assistenza OSS) per ospite.</li></ol> <p>Particolare attenzione verrà riservata affinché l'applicazione di quanto sopra non possa comunque dar luogo ad una eventuale diminuzione dell'assistenza sanitaria per ospite rispetto alla situazione data.</p>
<b>4. Retta alberghiera in RSA e in RP</b>	
	<p>Vengono sottoposte all'attenzione tre possibili opzioni nel caso di RSA:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Lasciare alle singole RSA/Zone la determinazione della retta alberghiera</li></ol>

	<p><b>2. Indicare un valore di riferimento regionale a cui RSA/Zone tendano progressivamente ad allinearsi</b></p> <p>3. Definire retta alberghiera valida a partire dal 1.1.05 per l'intera ASUR Vengono altresì sottoposte all'attenzione tre possibili opzioni anche nel caso delle RP:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. lasciare alle singole RP la determinazione della retta alberghiera;</li><li>2. <b>indicare un valore di riferimento regionale a cui RP tendano progressivamente ad allinearsi;</b></li><li>3. definire la retta alberghiera valida a partire dall'1.1.2005 per l'intera regione.</li></ol> <p>Si ritiene di dover ragionare sull'ipotesi <b>2</b> per entrambi i casi ferma restando però la necessità di definire con chiarezza, in sede di stesura di un piano complessivo di intervento sulle residenze socio-sanitarie da parte del direttore di zona, un processo progressivo di raggiungimento della quota di 33 euro pro die pro capite per entrambe le tipologie di strutture con possibilità di prevedere intervalli di minima e di massima già dal 2005 da ridurre nel corso di tre anni (2005-2007). Particolare attenzione verrà riservata affinché nel processo di attuazione di quanto sopra riportato non si verificano casi di ingiustificato aumento delle rette alberghiere.</p>
<b>5. Periodo di esenzione da compartecipazione in RSA</b>	
	<p>Le modalità di esenzione dalla compartecipazione della spesa alberghiera sono le seguenti: i primi sessanta giorni di permanenza presso le RSA sono esenti dalla compartecipazione alla spesa. Nel caso in cui l'Unità Valutativa Distrettuale, attraverso il Piano personalizzato di cui all'art 2 del DPCM del 14.2.2001, disponga il ricovero in RSA di utenti che avrebbero le condizioni per accedere al sistema ospedaliero della riabilitazione intensiva e/o della lungodegenza, la stessa UVD, al termine dei 60 giorni, valuta la permanenza dei requisiti (fase intensiva-estensiva) che determinano la gratuità della prestazione e dispone l'eventuale ulteriore periodo di esenzione dalla compartecipazione.</p>
<b>6. Linee guida per la stipula delle convenzioni (o ipotesi di bozza di schema)</b>	
	<p>A questo proposito si avanzano le seguenti indicazioni vincolanti per la stipula delle nuove convenzioni (o di rinnovo delle stesse anche nel caso di scadenza lontana) da dare ai direttori di Zona oltre che ai Coordinatori di ambito e ai rispettivi comitati dei Sindaci. In ogni convenzione quindi occorrerà:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- definire modalità chiare per permettere al cittadino/utente la conoscenza della composizione della retta complessiva che lo stesso sarà chiamato a pagare;</li><li>- Distinguere in maniera chiara la quota sanitaria dalla quota alberghiera (scorporo) in modo che il cittadino sappia qual è l'importo sanitario finanziato dalla regione corrispondente al tipo di assistenza sanitaria che dovrà ricevere in base ai regolamenti e qual è l'importo preciso a suo carico per la componente alberghiera;</li><li>- Indicare la composizione della quota sanitaria specificando il livello medio di assistenza affidata all'infermiere e il livello medio di assistenza affidato all'OSS;</li><li>- Indicare la composizione della stessa quota alberghiera nella Carta dei servizi (da redigere in conformità ai contenuti descritti nel r.r 1\2004 e da allegare alla convenzione quale parte integrante) in modo da sapere se nella stessa sono compresi eventuali servizi aggiuntivi;</li><li>- prevedere una indicazione circa le modalità operative più opportune con cui si intende adeguare la qualità del servizio nella prospettiva del raggiungimento dei 33 euro di retta nel corso degli anni successivi;</li><li>- Definire un rapporto più stretto con gli enti gestori finalizzato a ricevere dagli stessi informazioni precise e stabili sul proprio bilancio, sulle risorse umane impiegate e sulla composizione delle rette, allegando alla convenzione tra ente gestore e ASUR lo schema standardizzato di rilevazione dei costi. Si tratta di avere infatti un quadro informativo preciso e aggiornato sulla situazione delle residenze e sull'utilizzo dei finanziamenti, rafforzando una funzione di</li></ul>



	<p>monitoraggio e verifica, che dovrà essere curato dell'Osservatorio politiche sociali.</p> <p>Queste indicazioni devono far parte di una "linea guida" regionale nella quale prevedere che i direttori di zona, assieme ai Coordinatori di ambito offrano un quadro complessivo di intervento su tutte le residenze socio-sanitarie della Zona elaborando un piano complessivo da trasmettere in Regione che preveda inoltre:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- L'indicazione delle modalità per raggiungere l'adeguamento dei criteri tariffari indicati dalla Regione per tutte le residenze presenti sul territorio della Zona;</li><li>- Il rispetto di una tempistica regionale, da definire nell'atto di fabbisogno, per la stipula delle nuove convenzioni e la conseguente certezza di applicazione dei minimi di assistenza previsti in modo da utilizzare nel corso del 2005 i finanziamenti regionali messi a disposizione;</li><li>- La definizione delle modalità di controllo del processo attraverso l'individuazione di procedure di monitoraggio (previste per altro dagli stessi regolamenti attuativi della l.r. 20/02);</li><li>- La definizione delle procedure di concertazione istituzionale e di comunità per l'individuazione sul proprio territorio delle residenze da inserire nell'atto di fabbisogno nel rispetto della tabella regionale allegata al protocollo stipulato con le organizzazioni sindacali che prevede la riqualificazione dei 333 ex NAR (già individuati quindi) e dei 2.200 PL in RP (da individuare in sede locale); procedure da indicare nell'atto di fabbisogno.</li></ul>
<b>7. Risorse umane</b>	
	<p>Il processo avviato è qualificante anche per i riflessi positivi sul fronte dei livelli occupazionali, in quanto il potenziamento dei livelli di assistenza richiederà un conseguente ampliamento delle risorse umane. Qualora il percorso avviato rendesse necessari processi di mobilità, oggi non preventivabili, si attiverà un tavolo per la gestione di tali dinamiche. I lavoratori interessati da eventuali processi di mobilità godranno di precedenza nei percorsi di ricollocazione.</p>

CGIL \_\_\_\_\_

CISL \_\_\_\_\_

UIL \_\_\_\_\_

SPICGIL \_\_\_\_\_

FNPCISL \_\_\_\_\_

UILP UIL \_\_\_\_\_

ASSESSORE ALLA SANITA' \_\_\_\_\_

ASSESSORE ALLE POLITICHE SOCIALI \_\_\_\_\_