

MODELLO DI CONVENZIONE

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'ASUR 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 le cui problematiche sono sostanzialmente 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 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 Struttura Protetta è rivolta a soggetti:

- Di norma con età maggiore di 65 anni
- non autosufficienti
- affetti da forme di demenza
- soli o privi di un valido supporto familiare o sociale, o con supporto familiare necessitante di sollievo
- con esiti di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste,
- stabilizzati per cui non necessitano di prestazioni sanitarie complesse.

ART. 5

Posti letto e capacità ricettiva.

La Struttura può ospitare fino a ... n° ... ospiti anziani non autosufficienti¹.

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 struttura inoltre garantisce la disponibilità di almeno il 5% di posti letto, per ogni nucleo, riservati a ricoveri temporanei, della durata massima nell'anno di ... giorni, con funzione di sollievo alla famiglia².

ART. 6

¹ La capacità ricettiva della Struttura esclusivamente dedicata o di nuova istituzione, è di norma pari a 80 posti residenziali. Le strutture già operanti con capacità ricettiva superiore, in ogni caso non possono superare il limite di 120 posti. (regolamento regionale ai sensi all'art. 9 della L.R. 20 del 2002: "Disciplina in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale")

² Durata massima 60 giorni in un anno.

Modalità di accesso alla struttura

L'accesso alla struttura avviene a seguito di richiesta dell'anziano interessato, o dietro segnalazione di familiari al Medico di Medicina Generale che rivolge istanza alla Segreteria organizzativa delle Cure Domiciliari del Distretto.

Il Medico di Medicina Generale con tale istanza richiede formalmente l'attivazione dell'Unità Valutativa Distrettuale, tramite modulo predisposto, alla Segreteria Organizzativa delle Cure Domiciliari del Distretto.

L'Unità Valutativa Distrettuale valuta l'ammissione del richiedente nella Struttura.

ART. 7

Criteria per l'ammissione dei pazienti

Dalla definizione dell'Art. 2 conseguono i requisiti generali dei pazienti assistibili in regime di ricovero presso le Strutture:

- 1 - Ridotta autosufficienza: misurabile con le apposite scale di valutazione ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (allegati 1, 2, 3 dell'allegato A della legge 606/2000).
- 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,
 - da supporto familiare necessitante di sollievo,
 - 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

Unità Valutativa Distrettuale (UVD)

COMPONENTI

L'UVD è costituita da:

- Medico del distretto (coordinatore/responsabile dell'UVD).
- Medico di Medicina Generale curante dell'assistito (Responsabile clinico del paziente).
- Infermiere Professionale.

- Assistente Sociale referente del caso dei Servizi Sociali del Comune di residenza dell'assistito.
- Altre figure professionali, sanitarie e sociali, specialiste del settore: medici specialisti, terapisti della riabilitazione, medico ospedaliero, geriatra, psicologo, che la integrano a seguito di specifiche necessità del caso clinico.

COMPITI

Spettano all'UVD i seguenti compiti:

- Valutazione del grado di autosufficienza dell'assistito
- Valutazione Multi Dimensionale dei bisogni assistenziali del paziente e del nucleo familiare
- Elaborazione del piano assistenziale individuale personalizzato (P.A.I.), che specifica gli obiettivi assistenziali, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (D.P.O., ordinaria, di "sollevio"), lo scadenzario delle verifiche.
- Ammissione e dimissione dalla Struttura Protetta

Il grado di autosufficienza e i bisogni assistenziali sono definiti attraverso l'utilizzo delle scale di valutazione multidimensionali individuate dalla Regione Marche³ negli allegati 1 e 2 dell'allegato A della DGR 606/2000).

ART. 9 Modello organizzativo

L'erogazione delle prestazioni nella Struttura avviene in forma diretta e indiretta⁴:

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

³ Allegati 1 e 2 dell'allegato A della DGR 606/2000.

⁴ La ripartizione è indicativa e può essere modificata in base alle esigenze locali, per esempio l'assistenza infermieristica potrebbe essere fornita in forma diretta.

L'assistenza fornita in forma indiretta avviene tramite rimborso della quota sanitaria fissata dall'art. 18 alla Struttura che fornisce il personale.

La Struttura si avvale delle seguenti professionalità:

- Responsabile, afferente all'area sociale o infermieristica sulla base della complessità prevalente della struttura
- Coordinatore, afferente all'area infermieristica.
- Infermieri
- Terapisti della riabilitazione (in alternativa possono essere operatori del SRRF della Zona)
- OSS (ADEST / ADB / OTA / OSA residuali)
- Amministrativi
- Ausiliari – operatori addetti alle pulizie dei locali, alla lavanderia, alla stireria, al guardaroba, alla ristorazione, alla portineria.
(alcune di queste attività possono essere affidate esternalizzate, previo accordo con la Zona Territoriale ASUR)

ART. 10

Responsabili delle attività

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

Alla Struttura spetta, nella persona del titolare della struttura, la responsabilità delle prestazioni socio-assistenziali ed organizzative.

ART. 11

Pianificazione delle attività

Il Coordinatore, di cui all'Art.9, è responsabile della organizzazione della struttura e si fa carico di tutte le necessità inerenti il suo buon funzionamento, sia sotto l'aspetto assistenziale che amministrativo.

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

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

Si fa carico:

- del monitoraggio e della documentazione delle attività
- della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale,
- della registrazione dei pagamenti delle rette
- della trasmissione mensile delle fatture relative a tali pagamenti, nonché dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, alla Zona ASUR,
- della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR,
- 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 ASUR.

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

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

ART. 12

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 nel 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.

ART. 13

Lavoro in équipe

Il modello operativo è improntato al lavoro d'équipe, avente come indirizzo unificante la condivisione progettuale, la globalità dell'intervento, e la verifica dei risultati.

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

ART. 14

Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ingresso, a cura del Medico di Medicina Generale curante dell'assistito, una cartella clinica, la cui predisposizione 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, etc.);
- spazi per consulenze, note, osservazioni, etc..

Inoltre tutti i professionisti sono tenuti alla puntuale e completa registrazione sulla cartella clinica di tutte le attività sanitarie e prestazioni erogate, comprese eventuali comportamenti o reazioni dell'Ospite.

L'ente gestore utilizza all'uopo la modulistica che verrà predisposta dalla Regione Marche.

Opzionale

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 ASUR.

ART. 15 Carta dei servizi

La Struttura 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. 16 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 Coordinatore della Struttura 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 struttura 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. 17 Standard assistenziali

La Struttura 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 AEDT 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.

ART. 18 Tariffa giornaliera⁵ - componente sanitaria a carico SSR -

La Zona ASUR corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS (v. articolo 9 e 17) 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 €

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

⁵ Salvo il caso in cui la Zona Territoriale fornisca in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS (v. articolo 9 e 17)

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 ... a consuntivo dell'assistenza erogata.

Il pagamento è subordinato alla compilazione degli allegati 1 e 2 e all'assolvimento di quanto previsto all'art. 22.

ART. 19

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 Struttura o del Comune di residenza dell'assistito, nei casi previsti dalla legge. Per l'anno 2005, in fase transitoria, si prevede un intervallo di minima e di massima pari a +/- 25%.

ART. 20

Conservazione del posto

Qualora l'ospite si assenti per ricovero in ospedale per acuti, 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°... giorni.

Nei giorni di assenza con conservazione del posto, la Zona ASUR corrisponderà alla Struttura il ... % della quota a proprio carico della retta di degenza.

ART. 21

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 (utilizzo di griglie di riferimento).

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. 22

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. 18.

ART. 23 Qualità percepita

Sarà somministrato a ciascun ospite della Residenze Protette un questionario che indaga i seguenti aspetti della struttura:

- organizzazione
- personale
- procedure.

ai fini di valutarne il gradimento e tarare eventuali interventi sulle aspettative e le esigenze degli stessi.

ART. 24 Aggiornamento e formazione del personale.

Saranno garantiti, da parte della Struttura, momenti di aggiornamento e formazione specifica al personale dipendente, da realizzarsi al di fuori dell'attività di assistenza agli ospiti, e sarà favorita la partecipazione di detto personale alle attività di formazione e seminari promosse dalla Zona e che abbiano attinenza con le specifiche attività professionali.

ART. 25 Validità

I presente accordo ha validità dal al

ART. 26 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

SCHEMA di BUDGET / CONSUNTIVO		
	PREVISIONI al ...	CONSUNTIVO al 31/12/...
PL struttura		
PL dedicati ad ospiti non autosufficienti		
Giornate di permanenza di ospiti non autosufficienti – stima [1]		
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 per anno		
N. infermieri previsti		
N. OSS previsti		
Nel caso di erogazione diretta: Costo Totale annuo per infermieri e OSS		
Nel caso di erogazione indiretta: Tariffa giornaliera (€/die/ospite) [2]		
TOTALE	[1] x [2]	

ALLEGATO 2

Costi di gestione della Struttura

*Schema da predisporre in modo conforme all'attività di
monitoraggio dei costi impostata a livello regionale*