

Tavolo congiunto REGIONE-TERRITORIO per l'applicazione dei L.E.A. sull'area socio-sanitaria.

Allegato 1

L'ASSISTENZA RESIDENZIALE SOCIO-SANITARIA PER ANZIANI

MODELLO ASSISTENZIALE INTEGRATO

Principi generali.

Il presente modello è formulato sulla base del principio generale, contenuto nel D.Lgs.502/1992 modificato ed integrato e nel D.P.C.M. 29/11/2001 (a cui l'art. 54 della L.289/2002 ha dato forza di legge), che è compito del Servizio Sanitario nazionale garantire le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, attraverso gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previsti dalla normativa vigente e riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza.

Inoltre la L. 328/2000, in coerenza con gli artt.2,3 e 38, della Costituzione, attribuisce al sistema integrato di interventi e servizi sociali, la cui gestione nella regione Piemonte fa capo ai Comuni ed agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, il compito di garantire a tutti i cittadini la prevenzione, l'eliminazione o la riduzione delle condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

L'area dell'integrazione socio-sanitaria è normata dall'art.3 septies del D.Lgs.502/1992 e, in attuazione, dal D.P.C.M. 14/2/2001 "Atto d'indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie". Tale normativa individua e definisce, nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, quelle sanitarie a rilievo sociale e quelle sociali a rilievo sanitario.

Il D.P.C.M. 29/11/2001, Allegato 1, punto 1.C, come recepito dalla D.G.R. n.51-11389 del 23.12.2003, "Accordo Regione-territorio per l'applicazione dei L.E.A. sull'area socio-sanitaria", nell'ambito della titolarità sanitaria delle prestazioni comprese nei Livelli Essenziali, individua per ciascuna tipologia erogativa di carattere socio-sanitario, quelle che sono le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie di rilevanza sociale nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al S.S.N.

L'area di prestazioni interessata dal presente modello afferisce a quest'ultima tipologia e riguarda le "prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, compresi gli interventi di sollievo" erogate nel Livello di Assistenza "attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani" (rif. DPCM 20.11.2001, punto 1.C).

Premessa

L'esperienza maturata nel corso del decennio nell'assistenza residenziale per anziani, a seguito dell'approvazione della D.G.R. n. 41-42433 del 9.1.1995, introduttiva di specifici indirizzi e parametri gestionali per le RAF e le RSA, ha evidenziato alcuni elementi di criticità, così riassumibili:

- standardizzazione delle prestazioni assicurate, indipendentemente dalla valutazione dei bisogni effettivi degli ospiti;
- crescita dei bisogni sanitari ed assistenziali non solo degli anziani ricoverati, ma soprattutto di quelli che presentano richiesta alle U.V.G. delle ASL territoriali;
- crescita delle richieste di ricovero di anziani gravemente non autosufficienti, a causa di gravi patologie ad andamento cronico-degenerativo, quali sono le demenze;
- crescita dei livelli di insoddisfazione (qualità percepita) degli utenti (famiglie degli ospiti);
- assenza di strumenti di valutazione della qualità delle prestazioni erogate all'ospite.

Alla luce delle esperienze in atto e delle richieste di adeguamento della normativa esistente si è reso, pertanto, necessario cominciare ad introdurre in questo sistema assistenziale elementi di flessibilità organizzativa, che consentano di assicurare agli anziani che vengono ricoverati prestazioni personalizzate e calibrate sugli effettivi bisogni sanitari ed assistenziali.

La Giunta regionale ha già tenuto conto di queste esigenze e con D.G.R. n. 29-29519 del 1 marzo 2000 si è provveduto a introdurre il concetto di piano individualizzato di assistenza e a introdurre il principio della flessibilità dei modelli organizzativi delle R.S.A. e delle R.A.F.

Tuttavia la necessità di qualificare l'assistenza nelle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti e di incrementare la risposta disponibile sul piano quantitativo per sostenere famiglie alle prese con cicli di assistenza troppo onerosi sul piano delle risorse umane messe in campo, richiede la revisione complessiva del modello assistenziale oggi adottato dalle strutture residenziali.

Obiettivo della revisione organizzativa.

Obiettivo centrale è la realizzazione di un sistema integrato di risposte sanitarie ed assistenziali, che metta al centro la persona ed i suoi bisogni sanitari, sociali e relazionali.

In altre parole, si tratta di modulare l'erogazione delle prestazioni di assistenza residenziale sulla base delle specifiche esigenze delle persone assistite, attraverso un modello di risposta fondato sulla flessibilità quali-quantitativa degli interventi, che trova nel **piano individualizzato di assistenza** la sua espressione operativa.

L'assistenza agli anziani non autosufficienti, come dimostra l'esperienza di molte strutture, è un'azione globale-estensiva, che richiede alle strutture dinamicità e flessibilità, per poter seguire l'anziano nella sua "instabilità" e variabilità.

Inoltre, l'organizzazione e le prestazioni dei servizi residenziali per anziani devono essere parte del contesto organizzativo delle altre attività socio-sanitarie, giungendo a costituire una rete di servizi integrati che vanno dalle cure domiciliari, all'assistenza residenziale e all'assistenza ospedaliera.

Tale obiettivo presuppone pertanto la ridefinizione del modello assistenziale sul versante della risposta residenziale per anziani non autosufficienti, sulle orme del sistema d'integrazione delineato con la D.G.R. 51-11389 del 23.12.2003 per le cure domiciliari, in modo tale da riportare **la persona e i suoi bisogni al centro del sistema e della rete dei servizi**, integrati in funzione della continuità assistenziale dal livello ospedaliero e da quello territoriale socio-sanitario.

Percorso.

L'attuale risposta residenziale per persone non autosufficienti deve essere progressivamente riarticolata e connotata attraverso livelli d'intensità e di complessità più o meno elevati a seconda delle esigenze di salute e dei bisogni assistenziali dell'utente.

Il percorso presuppone l'adeguamento e la ridefinizione degli standard prestazionali esistenti ai sensi della D.G.R. 41-42433 del 9.1.1995 e s.m.i., incentrati su un modello di risposta rigidamente ancorato a tipologie organizzativo-gestionali di strutture (RSA e RAF), ormai obsoleto rispetto alle varieghe esigenze connesse con le diverse fasi del percorso di salute e assistenziale dell'anziano.

La riorganizzazione della risposta residenziale in funzione del percorso assistenziale della persona, comporta l'individuazione di livelli d'intervento relativi a ciascuna macro-tipologia di bisogno assistenziale, ai quali le commissioni valutative ed i competenti servizi socio-sanitari dovranno riferirsi per l'individuazione della risposta più appropriata agli specifici bisogni cui far fronte.

Il principio guida del modello è, analogamente a quanto definito dalla DGR 51-11389 del 23.12.2003 sulle aree della disabilità e delle cure domiciliari, l'adeguamento della rete dei servizi ai bisogni delle persone assistite e non viceversa, evitando il più possibile che le medesime, nelle diverse fasi del loro percorso assistenziale, debbano necessariamente subire inutili spostamenti di struttura.

Di conseguenza, tale percorso è teso a modulare il complesso delle attività residenziali per anziani non autosufficienti, erogate dalle strutture pubbliche o private accreditate, in fasce assistenziali ed in livelli che connotano l'intensità e la complessità delle prestazioni erogate, prevedendo una rete di possibilità di intervento il più ampia ed articolata possibile in relazione alle diverse tipologie di bisogno connesse alle situazioni di non autosufficienza e/o di tipo cronico-degenerativo.

Modello integrato socio-sanitario.

Le strutture residenziali socio-sanitarie costituiscono una forma di risposta territoriale a situazioni di bisogno sanitario e assistenziale di anziani non autosufficienti che, per diverse ragioni, non possono essere assistiti a domicilio.

Il modello integrato, partendo dalle tipologie di situazioni riferite a persone anziane che necessitano di interventi socio-sanitari integrati, è fondato sull'individuazione di tre fasce **d'intensità assistenziale** (bassa, media, alta) degli interventi da erogarsi nell'ambito delle strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti.

La **fascia d'intensità assistenziale** è individuata nell'ambito del progetto personalizzato, in base alla tipologia del bisogno, considerando il rapporto fra:

- ✓ l'intensità terapeutica e/o riabilitativa dell'intervento, finalizzato a mantenere l'autonomia funzionale residua della persona e/o a rallentare il suo deterioramento;
- ✓ l'intensità socio-assistenziale dell'intervento finalizzato a supportare, a mantenere e a migliorare la vita socio-relazionale delle persone anziane, non assistibili a domicilio.

Per le fasce assistenziali media e alta l'intervento erogato può articolarsi in **due livelli di complessità** delle prestazioni – un livello base ed un livello più elevato- da individuare nel progetto assistenziale in relazione alla tipologia specifica di bisogno della persona inserita.

Il livello di complessità della prestazione è determinato con riferimento alla composizione delle risorse professionali impiegate ed alla loro articolazione nel progetto personalizzato.

Gli standard prestazionali socio-sanitari individuati per il livello base rappresentano indici minimi di riferimento i quali, in base al principio dell'appropriatezza della risposta posto a fondamento del modello assistenziale, vengono assegnati ad ogni progetto individuale in relazione al bisogno assistenziale della persona.

Gli standard prestazionali socio-sanitari individuati per il livello d'incremento rappresentano invece indici, che vanno da un minimo a un massimo, da considerare complessivamente e che, in base al suddetto principio coniugato con quello della flessibilità della risposta, vengono articolati nell'ambito di ogni progetto individuale in relazione allo specifico bisogno della persona.

Sono stati indicati, nella colonna "tipologia di bisogno", alcuni criteri di massima attraverso cui le U.V.G. procedono ad individuare la fascia d'intensità ed il livello di complessità da attribuire ad un intervento.

Lo strumento alla base del modello assistenziale è il **progetto individualizzato**, integrato fra area sanitaria e area socio-assistenziale ai seguenti livelli:

- ✓ programmazione integrata fra ASL ed Enti gestori socio-assistenziali, sulla base del fabbisogno individuato in sede di programmazione regionale e di quadrante;
- ✓ attuazione coordinata dei programmi governata a livello di distretto;
- ✓ valutazione dei bisogni e progettazione integrata nell'ambito delle unità valutative aziendali (U.V.G).
- ✓ monitoraggio dell'andamento dei progetti governato dall'U.V.G. ed attuato dagli enti erogatori delle prestazioni residenziali.

I progetti relativi agli interventi che afferiscono al livello base sono, in linea generale, progetti di **lungoassistenza**, che si sviluppano nell'arco di un periodo di tempo medio-lungo e soggetti a monitoraggio e revisione/adequamento periodico secondo le modalità di seguito descritte.

I progetti che prevedono un incremento prestazionale rispetto al livello base, sono invece progetti di medio o prolungato periodo predefinito, rinnovabile ma sistematicamente monitorati e rivalutati in base all'evolvere dei bisogni sanitari e sociali dell'utente.

Queste tipologie di progetti sono in linea generale riferiti alla **fase estensiva** del percorso clinico-assistenziale, ovvero ad una fase temporale caratterizzata da un maggiore impegno terapeutico e riabilitativo, di durata definita anche se rivedibile e prorogabile in relazione all'evolvere degli specifici bisogni.

Il modello tracciato ha la finalità di consentire all'anziano assistito in una struttura e/o in un nucleo residenziale con un progetto di lungoassistenza a bassa intensità assistenziale ed esigenze correlate ad una situazione di moderata non autonomia nell'espletamento delle funzioni quotidiane, di poter ottenere nella medesima struttura, in caso di deterioramento del quadro di inabilità non tale di richiedere un intervento riabilitativo specifico, una prestazione assistenziale adeguata all'evoluzione del suo bisogno, attraverso un progetto a media intensità di livello base, senza necessariamente essere spostato altrove.

Le tipologie strutturali ed organizzative a bassa intensità (RAF a bassa intensità), possono erogare interventi residenziali per progetti a bassa e a media intensità, di livello base.

Al contrario, l'utente inserito in una struttura residenziale con un progetto ad alta intensità, qualora la sua situazione si stabilizzi, dopo un certo periodo di tempo, su livelli che richiedono un'intensità terapeutica e/o assistenziale minore, potrà ottenere l'intervento appropriato nell'ambito della stessa struttura, con un progetto a minore intensità e/o complessità, definito secondo le sue specifiche necessità.

Assetto organizzativo-gestionale.

Il modello assistenziale proposto richiede una revisione del modello organizzativo-gestionale previsto dalla citata DGR 41-42433/1995 e s.m.i., mediante il superamento dell'attuale articolazione degli interventi nelle tipologie RSA e RAF in funzione di una maggiore flessibilità degli interventi residenziali, fermi restando i requisiti strutturali oggi definiti per ciascuna di tali strutture.

Nel nuovo modello tracciato, la risposta residenziale viene personalizzata e calibrata su un livello più adeguato al complesso dei bisogni di salute e di assistenza dell'anziano. Pertanto l'organizzazione delle strutture erogatrici dell'assistenza residenziale deve essere orientata a garantire la flessibilità degli interventi e l'adattabilità della risposta in relazione alla specificità delle situazioni da trattare.

Il modello proposto è pertanto fondato sul riconoscimento di un congruo livello di autonomia organizzativo-gestionale agli enti erogatori degli interventi residenziali, introducendo elementi di flessibilità funzionali al miglioramento qualitativo dell'assistenza erogata, al razionale utilizzo delle risorse e, in linea generale, ad una più completa espressione dell'efficienza gestionale degli enti.

Pertanto, ciascuna struttura erogatrice provvede ad articolare il proprio assetto gestionale, modulandolo per patologie omogenee o situazioni coesistenti e compatibili, in relazione alla fascia/fasce di intensità e livelli di complessità prestazionale complessivamente erogati, coerentemente con i principi e gli indirizzi stabiliti nel presente atto, fatto salvo quanto previsto dalla D.G.R. n. 29-29519 dell'1.3.2000, Allegato A, per quanto attiene ai nuclei speciali per l'assistenza a soggetti affetti da demenza di Alzheimer o da patologie correlate.

La disciplina specifica relativa al percorso assistenziale riguardante le persone affette da disturbi cognitivi (quali Alzheimer e altre demenze) è demandata ad apposito provvedimento della Giunta Regionale.

Nelle strutture con capienza inferiore ai 60 p.l., il modello organizzativo fondato sulla flessibilità degli interventi in relazione ai bisogni dei pazienti può essere attuato con opportuna gradualità, procedendo anche in via sperimentale, attraverso forme di collaborazione che possono generare un'esercizio coordinato delle funzioni, perseguendo livelli ottimali di efficacia, efficienza ed economicità nella gestione, nonché ottimizzando l'erogazione di prestazioni e di servizi di interesse comune.

Il presente assetto organizzativo-gestionale risponde all'obiettivo di condurre, a regime, le strutture residenziali socio-sanitarie per anziani verso un'articolazione degli interventi erogati, in forma singola o coordinata fra più presidi dello stesso territorio, su tutte le fasce d'intensità assistenziale e livelli di complessità prestazionale individuati nell'allegata Tabella A.

In ambito territoriale, le strutture residenziali socio-sanitarie e le AA.SS.LL. di riferimento definiscono uno specifico accordo sull'articolazione dell'assetto gestionale per l'erogazione dell'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti. Tali accordi vengono trasmessi alla Regione per il monitoraggio nell'ambito del Tavolo congiunto Regione-Territorio

La configurazione organizzativa della struttura e dei nuclei viene esplicitata e costantemente aggiornata in un apposito atto dell'organo di rappresentanza dell'Ente.

Modello gestionale.

Le strutture socio-sanitarie per anziani non autosufficienti che erogano interventi residenziali afferenti a più fasce d'intensità assistenziale realizzano un assetto organizzativo funzionale alla razionalizzazione dei processi clinici, terapeutico-riabilitativi, assistenziali e gestionali.

L'organizzazione del percorso residenziale socio-sanitario, in base al progetto assistenziale, nonché il relativo monitoraggio, viene coordinato dalla struttura erogatrice su indirizzo degli Enti invianti, garantendo la coerenza fra i bisogni rilevati ed espressi nei progetti assistenziali e la globalità delle risposte disponibili da parte della struttura.

Pertanto, sulla base dell'articolazione organizzativa adottata per l'erogazione degli interventi relativi a ciascuna fascia/livello (organizzazione a presidi o a nuclei), la struttura garantisce la copertura del fabbisogno complessivo di risorse tecnico-professionali, con riferimento agli standard prestazionali medi individuati nel presente modello – Tabella A, come definiti nei progetti assistenziali relativi a ciascun ospite.

La funzionalità del modello organizzativo-gestionale fondato sul principio della flessibilità degli interventi in relazione alla centralità dei bisogni dell'utente presuppone, in particolare, l'utilizzo coordinato del personale, da realizzarsi attraverso la costituzione di nuclei di figure professionali sanitarie e socio-assistenziali, coordinati centralmente ed operanti, in maniera integrata.

Tale flessibilità organizzativa risponde all'esigenza di realizzare una razionale ed unitaria gestione delle risorse a disposizione, ottimizzando l'impiego del personale, delle attrezzature, degli spazi assistenziali e dei posti letto in modo funzionale alle esigenze degli ospiti.

A) Centri di responsabilità

Responsabile di Struttura

La struttura deve garantire un centro di responsabilità del coordinamento gestionale ed organizzativo complessivo.

In ottemperanza a quanto stabilito dall'art. 6, comma 1, lett. b), del Decreto Ministeriale 21 maggio 2001, n. 308, in base al quale i soggetti gestori di servizi alla persona devono garantire, fra le condizioni minime organizzative, la presenza di un coordinatore responsabile dei servizi, è prevista la figura del Responsabile dei servizi erogati dal presidio.

Il Responsabile viene nominato dal Consiglio di Amministrazione ed opera in base agli obiettivi ed agli indirizzi gestionali definiti dal Consiglio medesimo e dallo Statuto.

Al Responsabile, in possesso di comprovati requisiti di professionalità, sono affidati i compiti di organizzazione generale delle attività, nonché la verifica del raggiungimento degli obiettivi e la vigilanza sugli aspetti qualitativi dei servizi forniti agli ospiti.

Compete altresì al Responsabile di struttura il coordinamento dell'attività di elaborazione, gestione e di monitoraggio dei Piani assistenziali (P.A.I.) di cui al successivo punto 3), nonché il collegamento con l'U.V.G. per garantire la costante coerenza fra il progetto individuale ed il relativo P.A.I. esecutivo.

In particolare il Responsabile di struttura:

- è responsabile della gestione del personale in ordine all'applicazione dei contratti di lavoro ed alla copertura dei posti necessari in base agli standards assistenziali previsti;
- è responsabile dell'equipe multidisciplinare interna alla struttura;
- nomina i coordinatori di nucleo o di settore;
- è responsabile della gestione del budget di gestione , nel rispetto delle spese autorizzate.

Le strutture residenziali con meno di 60 p.l. possono individuare forme associative fra di loro per garantire la funzione del responsabile di struttura.

Il Responsabile di struttura deve aver maturato una congrua esperienza nel coordinamento organizzativo e gestionale di servizi, strutture o nuclei residenziali o semiresidenziali e deve essere in possesso di titolo di studio di scuola media superiore, con almeno tre anni di esperienza nell'esercizio di funzioni direttive in strutture pubbliche o private, oppure diploma di laurea.

In ogni caso il Responsabile di Struttura dovrà frequentare un apposito corso di formazione o di aggiornamento sulla base di uno standard formativo definito dalla Regione Piemonte.

Direzione attività sanitarie

Nelle strutture che erogano anche *prestazioni ad alta intensità assistenziale* deve essere previsto, data la complessità della casistica e vista la necessità di assicurare un coordinamento delle attività sanitarie, un centro di responsabilità affidato ad un medico preferibilmente specialista in geriatria e/o medicina interna e/o in organizzazione e igiene dei servizi sanitari.

Il Direttore Sanitario è responsabile degli aspetti igienico sanitari della struttura residenziale e assicura il raccordo e l'armonizzazione degli interventi erogati dalle diverse componenti sanitarie, agevolandone funzioni ed integrazione. Vigila sulla salute psico-fisica degli ospiti e sulla qualità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie erogate.

Inoltre al Direttore Sanitario competono:

- accoglienza dell'ospite con valutazione delle condizioni psico-fisiche all'ingresso nella Struttura;
- verifica dell'espletamento dei compiti di rilevanza assistenziale e sanitaria da parte dei vari addetti. In caso di appalto, provvede a segnalare al Responsabile dell'Azienda eventuali disfunzioni.;
- verifica le modalità e la qualità delle prestazioni rese, ai sensi delle vigenti normative e degli accordi sindacali, da parte dei medici di medicina generale informando, se del caso, direttamente l'ASL e il distretto sanitario con cui i medici intrattengono il rapporto convenzionale;
- verifica il regolare approvvigionamento di farmaci, presidi, protesi ed ausili per gli ospiti, nonché la regolare tenuta delle relative registrazioni;
- verifica il regolare funzionamento delle apparecchiature ed attrezzature di ambito sanitario;
- garantisce che agli ospiti siano rilasciate le certificazioni necessarie;
- garantisce l'erogazione degli interventi ritenuti inderogabili per l'interesse del paziente.

Per i presidi con numero pari o superiore a 80 posti letto, il Direttore Sanitario deve garantire la propria presenza nella Struttura a tempo pieno; per i presidi con numero di posti letto inferiore a 80 è consentita la presenza a tempo parziale, in relazione al carico di lavoro rilevato in base al numero di posti letto e fermo restando l'assolvimento dei compiti sopra indicati.

Le strutture residenziali possono individuare forme associative fra di loro per garantire la funzione di direzione sanitaria.

Nelle strutture che erogano prestazioni limitatamente alle *fasce assistenziali bassa e media* l'A.S.L. garantisce, attraverso un apposito centro di responsabilità facente capo al direttore del Distretto e/o del Dipartimento territoriale e/o di altra struttura territoriale comunque denominata, la funzione di tutela sanitaria degli ospiti e rappresenta il livello territoriale di riferimento per il coordinamento delle attività sanitarie svolte in ambito residenziale.

B) Prestazioni.

Le prestazioni di seguito elencate sono erogate mediante personale dipendente e/o posto a disposizione dall'A.S.L. e/o dagli Enti gestori socio-assistenziali e/o mediante rapporti contrattuali con soggetti terzi, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia.

Assistenza medica.

Viene garantita attraverso i medici di medicina generale sulla base delle disposizioni previste dal vigente accordo regionale (D.G.R. n. 50-8410 del 10.2.2003, con richiamo alle DD.GG.RR. n.47-26252 del 9.12.1998 e n. 46-27840 del 19.7.1999).

Deve essere stabilito ed opportunamente pubblicizzato l'orario settimanale di effettiva presenza medica all'interno della struttura, concordato con la Direzione sanitaria della struttura o con il distretto.

L'assistenza erogata dai medici di medicina generale si raccorda con le altre attività sanitarie erogate nell'ambito della struttura, secondo le modalità descritte a punto precedente.

La struttura predispone un registro per i medici di medicina generale su cui viene annotato, a cura degli interessati, il giorno, l'ora di ingresso e di uscita.

I costi per la medicina generale non concorrono alla determinazione della tariffa residenziale.

Assistenza infermieristica

Viene garantita attraverso le figure professionali infermieristiche per i tempi medi giornalieri indicati nella Tabella A con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità. L'assistenza notturna è garantita attraverso la reperibilità, con passaggio delle consegne alla guardia medica per eventuali soggetti a rischio.

Occorre prevedere, nell'ambito della dotazione infermieristica, l'esercizio di una funzione di coordinamento.

L'assistenza infermieristica può essere erogata dalle strutture ospitanti, in via diretta o indiretta, o posta a disposizione da parte dell'A.S.L., sulla base del fabbisogno individuato nel progetto individuale e nel piano di assistenza (P.A.I.), secondo quanto specificato al successivo punto 3.

Assistenza tutelare alla persona

Concorrono alla copertura dei fabbisogni individuali di tipo assistenziale e tutelare le seguenti figure professionali: ADEST, OTA, OSS, OSS con formazione complementare, con le funzioni loro assegnate dalla vigente normativa, unitamente ai soggetti in possesso di titolo riconosciuto equivalente dalla Regione a quelli sopra citati ma con diversa nomenclatura (es. ASA della Regione Lombardia).

È inoltre possibile utilizzare soggetti non ancora in possesso dei titoli sopra indicati purchè iscritti ad un corso di qualificazione o riqualificazione professionale ovvero in possesso dei requisiti per accedere ai corsi di riqualificazione ai sensi della D.G.R. n.26-5882 del 22.4.2002 "Approvazione di moduli integrativi per il conseguimento della qualifica OSS per operatori in possesso dei titoli e servizi pregressi".

Tali requisiti devono essere maturati alla data di entrata in vigore della legge regionale 8 gennaio 2004, n. 1 "Norme per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali e riordino della legislazione di riferimento", così come previsto dall'art.31, comma 7.

L'erogazione delle prestazioni di assistenza tutelare, da garantirsi nell'arco delle 24 ore per i tempi medi indicati nella Tabella A con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità, è rivolto a soddisfare i fabbisogni individuali degli ospiti, come definiti nei rispettivi progetti individuali. Il numero degli operatori deve essere tale da garantire i turni notturni e festivi.

Attività di animazione

Viene garantita in base alle necessità individuate nel progetto individuale, con riferimento al tempo medio indicato nella Tabella A, attraverso le figure professionali dell'animatore professionale, del terapeuta occupazionale, dell'educatore professionale o altre figure professionali come indicato nella Tabella A.

Attività di riabilitazione, mantenimento psico-fisico, supporto psicologico professionale.

Viene garantita da figure dell'area delle professioni non mediche, con riferimento ai tempi medi indicati nella Tabella A per ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità. Gli interventi riabilitativi possono essere di tipo estensivo e/o di mantenimento e sono svolti da operatori dell'area delle professioni della riabilitazione psico-fisica e/o motoria e supporto psicologico professionale, in relazione alle necessità degli ospiti definite e quantificate nell'ambito del progetto individuale e/o del relativo piano di assistenza.

Tale attività può essere erogata dalle strutture ospitanti, in via diretta o indiretta, o posta a disposizione da parte dell'A.S.L., sulla base del fabbisogno individuato nel progetto individuale e nel piano di assistenza (P.A.I.), secondo quanto specificato al successivo punto 3.

Per le attività di sostegno psicologico previste all'interno del progetto individualizzato, le A.S.L. concorrono a mettere a disposizione le risorse professionali necessarie, utilizzando personale già presente nei propri servizi di psicologia.

Altre attività sanitarie

L'assistenza specialistica, farmaceutica e protesica, nonché ogni altra prestazione diagnostico-terapeutica, sono garantite dall'A.S.L. secondo le necessità degli ospiti definite nel progetto individuale (V. Tabella A).

La fornitura di protesi, presidi tecnici e ausili non riguarda attrezzature quali alzapersona, letti ortopedici, ecc., delle quali la struttura deve essere dotata autonomamente.

Le suddette prestazioni sono garantite direttamente dalle ASL sulla base delle vigenti normative ed in base al Nomenclatore Tariffario in vigore.

L'A.S.L. garantisce altresì direttamente:

1. le prestazioni relative ai trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche, qualora non erogabili direttamente nell'ambito della struttura residenziale;
2. la fornitura diretta dei farmaci per gli ospiti inseriti nelle strutture socio-sanitarie a gestione diretta o accreditate, sulla base di quanto previsto nel rispettivo Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA), il quale deve essere adeguato alle necessità e bisogni specifici dell'assistenza farmaceutica nelle strutture residenziali. L'erogazione di farmaci non presenti in PTA (farmaci ad personam o farmaci in fascia C) agli ospiti delle strutture socio-sanitarie è valutata dalla Commissione Terapeutica Aziendale, sentito il parere dell'U.V.G. aziendale.

Gli indirizzi gestionali relativi ai suddetti punti 1 e 2 sono demandati ad apposito provvedimento della Giunta Regionale, da emanarsi entro 60 gg. dall'entrata in vigore del presente provvedimento.

C) Altri aspetti gestionali:

Ai fini della valorizzazione tariffaria si individuano gli indici per le seguenti attività/voci di costo gestionali, con riferimento a strutture/nuclei di 60 p.l. in regime definitivo, articolate per l'erogazione dei livelli assistenziali di cui alla Tabella A, con tasso di occupazione al 95%.

Attività alberghiere (vitto, lavanderia, pulizia).

Le attività alberghiere **incluse nella tariffa** residenziale sono le seguenti:

- **Vitto:** il riferimento per la quantificazione del costo è la giornata alimentare, stimata mediamente in € 9,00 ut/g.
- **Lavanderia:** include la gestione della biancheria piana, il cui costo è stimato in € 2,60 ut./g. e della biancheria personale, il cui costo è stimato in € 2,00 ut./g. Per la gestione del servizio di guardaroba viene confermato, in media, il servizio reso da un operatore a tempo pieno, come già previsto dalla D.G.R. n.41-42433/1995.
- **Parrucchiere:** include le attività connesse con l'igiene personale (lavaggio e asciugatura, taglio), quantificate indicativamente in 8 ore settimanali.
- **Pulizia:** il riferimento per la quantificazione del costo del servizio, a gestione diretta o in appalto e dei relativi materiali di consumo è la dimensione della struttura.
Il valore tariffario è pertanto variabile e la sua quantificazione è stimata indicativamente in € 5,00 ut./g.

TIPOLOGIA E QUALITA' DEL SERVIZIO DI RISTORAZIONE

Garantire all'interno delle strutture socio sanitarie un servizio mensa adeguato sotto il profilo dietetico-nutrizionale e della sicurezza alimentare, rappresenta un presupposto di basilare importanza sia per il mantenimento ed il recupero delle condizioni di salute degli ospiti sia per favorire, nella fase di distribuzione e somministrazione degli alimenti, lo sviluppo di momenti di socializzazione ed integrazione ambientale.

Occorre pertanto dedicare particolare impegno e le necessarie risorse affinché il servizio mensa risponda ai seguenti requisiti:

- ambiente gradevole, confortevole e caratterizzato da uno scrupoloso rispetto delle condizioni igieniche delle strutture;
- assistenza al pasto connotata da pazienza, gentilezza, disponibilità e comprensione nei confronti delle esigenze degli assistiti, con particolare riguardo alle condizioni di non autosufficienza; in particolare, deve essere garantito l'imboccamento alle persone che non sono in grado di provvedere autonomamente;
- rispetto dei tempi stabiliti per i pasti;
- qualità e varietà dei cibi che si concreta anche con la possibilità di scelta e l'adozione di menù personalizzati. In ogni caso la scelta alimentare va prevalentemente orientata su cibi freschi (preferibilmente cucinati in loco), di stagione, provenienti dal territorio in modo da poter consentire, attraverso il recupero del vissuto dell'anziano, la rievocazione di sensazioni e ricordi, importante contributo al mantenimento dell'equilibrio psico-fisico dell'ospite e di freno ai processi di invecchiamento e di decadimento delle funzioni cognitive;

- sicurezza sanitaria che deve essere garantita mediante efficace controllo sanitario (documentale ed ispettivo) della qualità delle materie prime; controlli sulle modalità di preparazione, confezionamento e conservazione dei cibi, igiene del personale, dei locali e delle attrezzature.

Particolare attenzione va infine posta, da parte del personale ausiliario, al monitoraggio ed alla sistematica valutazione dello stato di nutrizione, anche attraverso il regolare controllo ponderale.

Va inoltre ribadita la necessità, che riveste un significato clinico importante per gli anziani, di tenere sotto controllo lo stato di idratazione dell'ospite, garantendo, con protocolli codificati, che lo stesso assuma il prescritto fabbisogno di liquidi.

Altre attività alberghiere e/o di servizio alla persona.

Le attività erogabili dalle strutture socio-sanitarie, **non incluse nella tariffa** residenziale e pertanto a totale carico dell'utente, sono le seguenti:

- **Parrucchiere:** include tutte le attività ulteriori rispetto a quelle di cui al punto precedente.
- **Lavanderia:** include la gestione dell'abbigliamento personale, eccedente il valore indicato al punto precedente.
- **Cure estetiche,** escluse quelle prescritte nel progetto individuale e nel P.A.I., nonché quelle prescritte dal medico per esigenze sanitarie (es.pedicure).
- **Trasporti e servizi di accompagnamento** per esigenze personali, diverse da quelle di ordine sanitario o socio-assistenziale.
- **Supplementi** per camera singola o per camere con accessori **ulteriori** rispetto a quelli previsti dalla normativa regionale per le strutture socio-sanitarie per anziani.

Attività amministrative.

Includono le attività amministrative, di segreteria e di portineria svolte mediamente da n. 3 unità di personale per le strutture in esame, il cui costo è quantificato in base ai rispettivi valori contrattuali.

Altri oneri (spese generali, assicurazioni, manutenzioni, ammortamenti).

Assicurazioni: il costo medio è pari a 2,5 per mille del valore complessivo della struttura.

Spese generali e materiale di consumo: comprendono le spese relative al riscaldamento e combustibili, acqua, energia elettrica, gas, spese postali e telefoniche, formazione e aggiornamento professionale, stampati, cancelleria e giornali, tesoreria, spese tecniche e legali, imposte, tasse e licenze, materiale per animazione e tempo libero, attrezzature per il personale, spese per i trasporti da e per l'ospedale e/o presso strutture sanitarie o socio-sanitarie (esclusi quelli garantiti dall'A.S.L. e dall'emergenza 118), spese per i rifiuti solidi urbani, adempimenti relativi alla sicurezza sul lavoro, materiale e attrezzature varie.

D) I costi di tipo strutturale sono rappresentati dai costi per la manutenzione ordinaria e straordinaria (incluso l'ammortamento dell'immobile), dai costi per gli ammortamenti di arredi ed attrezzature, dagli oneri finanziari e dal fondo di riserva.

Rappresentano costi misti e concorrono alla determinazione della tariffa complessiva.

Nelle strutture rientranti nel **regime transitorio** di cui alla citata deliberazione, tali valori si riducono in base alle condizioni generali di tali strutture, che presentano requisiti strutturali e patrimoniali inferiori alle tipologie RSA e RAF.

Per il regime transitorio delle R.S.A. tale riduzione viene mediamente quantificata nel 20% dei costi di tipo strutturale stimati per regime definitivo (equivalente al 2,8% del complesso dei valori tariffari di cui all'Allegato 2).

Per il regime transitorio delle R.A.F. la riduzione è invece quantificata mediamente nel 10% dei costi di tipo strutturale stimati per il regime definitivo (equivalente all'1,4% del complesso dei valori tariffari di cui all'Allegato 2).

Lo sviluppo del percorso assistenziale

Il modello delineato prevede uno specifico percorso riferito a ciascuno dei seguenti aspetti:

- **la valutazione** dei bisogni individuali e l'individuazione del percorso assistenziale, dal livello domiciliare a quello residenziale;
- **l'organizzazione** di tale percorso assistenziale;
- **il monitoraggio** del percorso assistenziale, da espletarsi attraverso il raccordo fra i servizi pubblici socio-sanitari e le strutture residenziali.

1) La valutazione dei bisogni individuali e l'individuazione del percorso assistenziale: il ruolo dell'U.V.G.

Per quanto attiene alla configurazione, alle funzioni e al ruolo dell'U.V.G., si rinvia all'Allegato A al presente documento.

L'ASL garantisce, attraverso il proprio atto aziendale, il collegamento funzionale dell'U.V.G. con tutte le strutture/servizi aziendali, territoriali e/o ospedalieri, che svolgono funzioni ed erogano prestazioni destinate agli anziani non autosufficienti.

Tale collegamento, finalizzato ad una programmazione e ad una gestione coordinata e razionale dei servizi e delle prestazioni territoriali ed ospedaliere destinate alla popolazione anziana, costituisce presupposto indispensabile per garantire la maggior appropriatezza delle risposte sanitarie e socio-sanitarie erogate, con un ottimale impiego delle risorse professionali e specialistiche disponibili in raccordo fra tutti i livelli coinvolti nel percorso di salute, dall'ospedale al territorio.

L'organizzazione aziendale deve altresì perseguire l'uniformità dei meccanismi di valutazione dei bisogni dell'anziano e di individuazione delle risposte più idonee, da quelle domiciliari agli inserimenti residenziali e/o in strutture di riabilitazione di tipo ospedaliero.

E' pertanto necessario che i livelli di valutazione esistenti in ambito territoriale ed ospedaliero per l'erogazione del complesso degli interventi destinati alla non autosufficienza, si raccordino sulla base di criteri omogenei di identificazione della risposta appropriata a ciascuna fase del percorso di salute e assistenziale dell'anziano, ferma restando la libera scelta dell'utente in relazione al

luogo e ai servizi in cui essere assistito.

In particolare, nel caso di dimissioni protette, devono essere esplicitati nel progetto individuale emesso dall'U.V.G. dell'A.S.L. di residenza dell'utente i percorsi e le modalità attuative, in forma concordata fra ospedale e territorio di dimissione.

Al fine di garantire il diritto di libera scelta dell'utente e nel rispetto dei principi di trasparenza ed imparzialità della P.A., al momento dell'attivazione del progetto individuale di assistenza residenziale, l'utente viene informato in merito alla rete delle strutture e/o servizi esistenti, a gestione diretta o accreditati con il S.S.R., adeguati alle sue specifiche esigenze.

In via transitoria, nelle more della definizione delle procedure di accreditamento delle strutture socio-sanitarie, gli utenti vengono informati con le modalità esistenti presso ciascuna A.S.L., quali Albo fornitori, elenco rapporti contrattuali o convenzionali.

2) L'organizzazione del percorso assistenziale: la funzione distrettuale di tutela dell'utente.

Alla fase valutativa e progettuale iniziale, di competenza dell'UVG, segue la fase di organizzazione del servizio, in risposta alle effettive necessità rilevate ed in attuazione del piano individuale d'intervento.

Tale fase consiste nella presa in carico della persona anziana, nella globalità dei suoi bisogni di salute ed assistenziali, indirizzandola e "accompagnandola" nel percorso progettato in sede di U.V.G. e costantemente adeguato all'evolvere delle esigenze assistenziali attraverso l'attività operativa e di monitoraggio svolta direttamente dalle strutture residenziali.

In attuazione della vigente normativa regionale (DGR 80-1700 del 21.12.2000), negli atti aziendali delle ASL il distretto rappresenta il centro di riferimento territoriale per lo svolgimento della **funzione di tutela**, intesa come governo della domanda di accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari e come garanzia del percorso di salute del cittadino nelle varie fasi che lo connotano.

Il distretto è l'ambito organizzativo aziendale più vicino al cittadino e alla realtà locale per mettere in rapporto la domanda espressa con le risorse disponibili sul territorio, onde garantire l'erogazione della risposta più appropriata in ciascuna fase del percorso assistenziale del paziente-utente.

Quale livello aziendale di coordinamento, il distretto rappresenta l'ambito territoriale in cui avviene l'interrelazione con l'attività di assistenza primaria (MMG, PDLs, Continuità assistenziale) ed il raccordo con le attività socio-assistenziali gestite dai Comuni singoli o associati.

Compete altresì al distretto organizzare, nel proprio ambito territoriale, il collegamento fra le attività produttive di servizi e prestazioni facenti capo a più dipartimenti aziendali, territoriali e/o ospedalieri, a garanzia del percorso di salute complessivo dell'utente.

Un aspetto essenziale della revisione organizzativa dell'assistenza residenziale è rappresentato dall'inserimento delle strutture socio-sanitarie nella rete distrettuale dei servizi domiciliari, residenziali e di lungoassistenza ospedaliera, individuando pertanto nel distretto il livello aziendale garante del raccordo operativo fra i servizi territoriali ed i servizi ospedalieri, anche ai fini del coordinato utilizzo delle risorse professionali disponibili.

Pertanto, nella fattispecie in questione, l'ASL, nell'ambito del proprio atto aziendale, definisce l'organizzazione dei servizi per la non autosufficienza in modo tale da consentire l'interrelazione funzionale, a livello di programmazione e di gestione, fra:

- ✓ i servizi competenti allo svolgimento della funzione di tutela (distretti)

e

- ✓ i servizi competenti allo svolgimento delle funzioni valutative ed erogative di prestazioni domiciliari, semiresidenziali, residenziali ed ospedaliere (dipartimenti).

3) Il monitoraggio del percorso assistenziale: il raccordo fra i servizi socio-sanitari e le strutture residenziali.

L'andamento del progetto individuale è soggetto a monitoraggio nei tempi nello stesso stabiliti, in modo tale che **la risposta erogata sia sempre adeguata** alle esigenze assistenziali dell'ospite, con l'obiettivo di garantire alle persone assistite sia la continuità che l'appropriatezza delle cure.

Il coordinamento della funzione di monitoraggio fa capo all'U.V.G., a cui compete garantire l'effettiva attuazione del progetto individuale da parte della struttura residenziale.

L'attività di monitoraggio dell'andamento del progetto compete:

- all'A.S.L., tramite l'U.V.G., responsabile di garantire la coerenza delle prestazioni erogate nell'ambito delle diverse fasce/livelli con l'evoluzione delle situazioni trattate;
- agli enti gestori delle prestazioni residenziali, tramite le rispettive équipes multidisciplinari interne.

In tale contesto organizzativo, gli enti erogatori vengono direttamente coinvolti sia nella gestione degli interventi, sia nel monitoraggio dell'andamento del progetto assistenziale, da espletarsi mediante verifica, entro i tempi nel medesimo prestabiliti, della coerenza della fascia d'intensità e del livello prestazionale erogato con le esigenze clinico-assistenziali dell'ospite.

Nell'esercizio della funzione di tutela dell'utente, nell'ambito del proprio percorso assistenziale, il distretto rappresenta il livello aziendale competente a garantire il percorso complessivo (dal domicilio all'ospedale e viceversa), mentre le strutture residenziali rappresentano il livello operativo competente a garantire il percorso interno dell'ospite, nell'ambito di ciascun progetto assegnato, secondo l'indirizzo ed il coordinamento valutativo dell'U.V.G.

Al momento dell'accoglienza dell'ospite, la struttura residenziale recepisce e traduce operativamente, verificandone l'attualità, il progetto definito dall'U.V.G., provvedendo all'elaborazione del Piano di Assistenza Individualizzato (P.A.I.).

Il P.A.I. si configura come un fondamentale strumento finalizzato a garantire, nel breve-medio periodo, il completo soddisfacimento dei bisogni dell'ospite individuando e definendo gli interventi, i tempi, le modalità nonché la valutazione dei risultati.

Le linee guida per la redazione del P.A.I. sono definite a livello regionale, unitamente agli indirizzi per la valutazione della qualità dei servizi resi in modo da garantire, con modalità omogenee su tutto il territorio, il perseguimento della miglior qualità assistenziale e sanitaria nella pianificazione operativa e nella gestione del percorso residenziale dell'anziano. Sono altresì definite a livello regionale le linee guida per la valutazione della qualità dei servizi.

Tale obiettivo comporta il coinvolgimento nella pianificazione di tutti i soggetti competenti a garantire lo stato di salute dell'ospite nel suo percorso residenziale: la struttura in cui l'utente viene inserito ed il medico di medicina generale che lo ha in cura, sia al momento dell'ingresso sia durante la permanenza (si richiama al riguardo l'art.11 della D.G.R. 50-8410 del 10.2.2003, nonché le DD.GG.RR. n. 47-26252 del 9.12.1998 e n. 46-27840 del 19.7.1999, relative all'assistenza medica nelle RSA e RAF).

Pertanto, il P.A.I. è redatto, in attuazione del progetto individuale definito dall'U.V.G. e sulla base del quadro informativo sullo stato di salute attuale dell'ospite fornito dal medico di medicina generale.

La predisposizione, la verifica e l'aggiornamento del P.A.I. avviene nell'ambito di un'equipe multidisciplinare, composta dal medico di medicina generale, dal coordinatore dell'assistenza infermieristica e/o tutelare, in stretta collaborazione con le altre professionalità operanti nella struttura (direttore sanitario, responsabili dei vari settori/reparti, fisioterapista, assistente sociale, educatore o animatore professionale).

All'equipe possono partecipare le assistenti sociali che hanno seguito l'ingresso dell'ospite in struttura.

L'equipe si riunisce periodicamente e predispone collegialmente i singoli piani, sulla base dei relativi progetti individuali e con riferimento ai problemi ed ai bisogni attuali e/o emergenti, programmando di conseguenza gli interventi specifici degli operatori.

I tempi dedicati alla definizione ed aggiornamento dei P.A.I. sono ulteriori rispetto ai parametri assistenziali previsti nella Tabella A.

Il P.A.I. viene trasmesso entro cinque giorni all'U.V.G. ed in copia all'interessato o al familiare o al tutore; viene altresì portato a conoscenza dei parenti e dei volontari operanti nella struttura, i quali possono essere coinvolti nella sua attuazione.

L'U.V.G. è tenuta ad esprimere eventuali determinazioni entro i successivi dieci giorni .

La responsabilità dell'esecuzione operativa del P.A.I. è in capo al direttore sanitario, nelle strutture che erogano interventi nella fascia ad alta intensità; nelle altre strutture socio-sanitarie tale responsabilità operativa è in capo al coordinatore delle attività infermieristiche, o laddove non sia presente la figura di coordinamento infermieristico, al coordinatore delle attività di assistenza tutelare alla persona.

Qualora all'atto dell'ingresso in struttura l'evoluzione del bisogno dell'utente sia tale da richiedere un'adeguamento del progetto individuale definito dall'U.V.G., l'equipe multidisciplinare lo propone nell'ambito del P.A.I., con riferimento alla valutazione sullo stato di salute dell'ospite effettuata dal medico di medicina generale che ha in cura il paziente, dandone immediata comunicazione all'U.V.G., la quale è tenuta ad esprimere eventuali diverse determinazioni entro i successivi trenta giorni.

L'andamento del P.A.I. è soggetto a periodiche verifiche da parte dell'équipe della struttura, entro i termini previsti nel progetto individuale o, comunque, a fronte dell'insorgere di variazioni delle condizioni psico-fisiche dell'ospite.

La struttura residenziale comunica all'UVG eventuali variazioni dei bisogni, unitamente alla valutazione sullo stato di salute dell'ospite effettuata dal medico di medicina generale, proponendo la relativa fascia/livello prestazionale adeguati all'evolvere della situazione monitorata.

La rivalutazione del progetto individuale può essere richiesta anche dall'utente stesso o dal tutore, con richiesta diretta all'U.V.G. dell'A.S.L. di residenza e con facoltà di farsi assistere da un medico di sua fiducia e/o da un'associazione di tutela.

Le proposte di adeguamento e/o di rivalutazione dei progetti si intendono accolte, a decorrere dalla data di formale presentazione (protocollo di ricevimento), qualora non intervenga diversa determinazione dell'U.V.G. entro i termini stabiliti nei singoli progetti individuali (silenzio-assenso).

Per le rivalutazioni progettuali che prevedono l'attribuzione della fascia d'intensità alta, sia nel livello base che in quello incrementato, la proposta di rivalutazione deve essere necessariamente validata dall'U.V.G. nei tempi stabiliti nel progetto individuale. Limitatamente ai casi di urgenza, certificati da specifica documentazione clinica, la rivalutazione ha effetto dalla data di formale

trasmissione della proposta all'U.V.G. (protocollo di ricevimento), salvo diversa determinazione dell'U.V.G. medesima entro i successivi dieci giorni (silenzio-assenso).

Decorso i termini per il silenzio-assenso, l'U.V.G. effettuate le opportune verifiche rispetto all'appropriatezza della rivalutazione e dell'intervento erogato dalla struttura, può disporre, se necessario, l'attribuzione di una fascia d'intensità e/o di un livello prestazionale diverso, con decorrenza immediata o successiva (non retroattiva).

Il **distretto** è il livello di riferimento aziendale per il raccordo fra l'U.V.G. e le strutture che gestiscono le prestazioni residenziali, al fine di garantire l'omogeneo svolgimento dell'attività di monitoraggio e di rivalutazione progettuale, nonché la stretta sintonia fra le varie tipologie di intervento residenziale e l'attività della medicina generale, a garanzia della tutela sanitaria degli ospiti.

I **quadranti** e l'Organismo di coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie nell'ambito della Città di Torino, rappresentano il livello di riferimento programmatico per il rapporti fra le AA.SS.LL e gli Enti gestori delle strutture residenziali: a tale livello le AA.SS.LL., di concerto con i soggetti gestori delle attività socio-assistenziali e con le associazioni rappresentative degli enti gestori, definiscono annualmente indirizzi e criteri generali a cui le strutture residenziali devono attenersi nello svolgimento dell'attività operativa di gestione, monitoraggio e di revisione dei progetti individuali.

Rispetto alla valutazione effettuata a livello locale (U.V.G dell'A.S.L. di residenza o struttura ospitante), l'interessato, se ne ha la capacità, o il familiare o il tutore o l'amministratore di sostegno, può avvalersi, in sede di valutazione o comunque prima che le commissioni si siano formalmente espresse, della perizia di propri esperti e/o farsi rappresentare da un'associazione di categoria e/o di volontariato che opera a difesa dei diritti delle persone anziane.

La Commissione centrale per le rivalutazioni cliniche di cui alla D.G.R. n.74-28035 del 2/8.1999, integrata con le figure professionali in possesso di specifica competenza sull'area degli anziani, da individuarsi con apposito provvedimento regionale, costituisce il livello di riferimento e di garanzia in ordine alle eventuali controversie che dovessero insorgere fra i diversi soggetti (A.S.L., Soggetti gestori socio-assistenziali, Gestori dei presidi residenziali o relativi organismi rappresentativi, utenti/famigliari/tutori/associazioni rappresentative) in merito alle valutazioni e rivalutazioni espresse a livello locale.

