

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI "VITTORIO EMANUELE II" DI JESI- ANNO 2014

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Viste le delibere del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale IX di Jesi n. 27 del 14/12/2005 e n. 6 del 20/02/2009 di assegnazione dei posti letto di residenza protetta;

PREMESSO

- che la residenza protetta per anziani "Vittorio Emanuele II" di Jesi sita in via Gramsci n.95 è una struttura polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 - per n. **120** p.l. di **Residenza Protetta** per anziani con autorizzazione rilasciata dal Comune di Jesi in data 26/10/2006 n. 3 e per n. **27** p. l. di **Casa di Riposo** per anziani con autorizzazione del 26/10/2006 n.2.
- che con determina DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011 è stato recepito l'accordo sottoscritto tra l'ASUR/ex Zona T. n.5 di Jesi e la residenza protetta per anziani "Vittorio Emanuele II" per n. 103 posti letto di Residenzialità Protetta (97 RP + 6 ex art. 4 comma 2) ;
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità al di fuori del nucleo di RP convenzionato per n. 103 posti letto di cui sopra e comunque entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002 quali Casa di Riposo e/o Residenzialità Protetta (147 p.l.);
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui, in particolare, la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la residenza protetta per anziani "Vittorio Emanuele II" di Jesi si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget di Zona in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi "quadro" regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA

L'ASUR / Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Dr. Gianni Genga

E

La residenza protetta per anziani "Vittorio Emanuele II" di Jesi rappresentata dal Direttore ASP9, Dott. Franco Pesaresi delegato con delibera di Consiglio Comunale n. ____ del _____;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la residenza protetta per anziani "Vittorio Emanuele II" di Jesi e l'Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, non ricadenti nella convenzione in essere per il nucleo di n. 103 p.l. di Residenza Protetta.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica.

Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollievo"), lo scadenario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si trovi in una situazione caratterizzata:

dall'essere solo o privo di valido supporto familiare o sociale, o 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;
- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali.

In particolare la residenza protetta per anziani "Vittorio Emanuele II" di Jesi deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi.

Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All'Area Vasta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione.

Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, all' Area Vasta 2;
- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico all' Area Vasta.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria (Infermiere) si fa carico:

- del monitoraggio e della documentazione delle attività;
- della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;
- della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;
- rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;
- vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – Lavoro in equipe e Piano di Assistenza Individualizzato

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, che trovano operatività, per ogni persona accolta, nella definizione e gestione del PAI.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La residenza protetta per anziani “Vittorio Emanuele II” di Jesi adotta la Carta dei Servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L'Area Vasta corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli

operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito di ricevimento della rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto, relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre 2014, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 36.563,00.

Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

Con periodicità da concordare tra le parti, verranno effettuati, da parte del personale della Area Vasta 2 e del Distretto Sanitario, dei sopralluoghi per il controllo del buon andamento della struttura, relativamente agli aspetti alberghieri, assistenziali e sanitari.

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,:

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alla convenzione stipulata con la medesima residenzialità il 26/04/2011 per la disciplina dell'ADI nel nucleo di residenzialità protetta (n. 103 p.l.).

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è

soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L. 266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

La residenza protetta per anziani “Vittorio Emanuele II” di Jesi non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura residenziale per anziani di Jesi viene nominata dall' ASUR-Area Vasta 2 quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”, anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

_____ lì _____

**Residenza protetta per anziani
“Vittorio Emanuele II” di Jesi
Il Direttore ASP9**

**ASUR/AV2-Jesi
Il Direttore Generale**

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI CASA DI RIPOSO "ROSSI G. & BATTAGLIA" DI APIRO - ANNO 2014 .

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Vista la DGRM n.606/2001 recante: *Linee guida per le cure domiciliari*

PREMESSO

- che la struttura residenziale per anziani Casa di Riposo di Apiro con sede in Piazzale Schiavetti n.8, è una struttura polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 - per n. **25** p.l. di **Casa di Riposo** con autorizzazione rilasciata dal Comune di Apiro in data 10/10/2006 n. 1.
- che la struttura residenziale di Apiro non rientra tra quelle titolari di rapporto convenzionale con l'Asur/Area Vasta 2 per i p.l. di residenzialità protetta di cui alla determina del DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011;
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002;
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui in particolare la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la struttura residenziale per anziani Casa di Riposo di Apiro si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget ex Zona in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi "quadro" regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA

L'ASUR / Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Generale Dr. Gianni Genga

La Casa di Riposo del Comune di Apiro rappresentata dal Sindaco pro-tempore / persona da lui delegata;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Casa di Riposo di Apiro e l' Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, nel rispetto della capacità ricettiva della struttura stessa.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica.

Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrassessantacinquenni, 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "solievo"), lo scadenario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si trovi in una situazione caratterizzata:
 - dall'essere solo o privo di valido supporto familiare o sociale, o 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;
- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali.

In particolare la Casa di Riposo di Apiro deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi.

Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All'Area Vasta spetta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione.

Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, all' Area Vasta ;
- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico all' Area Vasta.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria(Infermiere) si fa carico:

del monitoraggio e della documentazione delle attività;

della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;

della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;

rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;

vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – Lavoro in equipe e Piano di Assistenza Individualizzato

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, che trovano operatività, per ogni persona accolta, nella definizione e gestione del PAI.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La Casa di Riposo di Apiro adotta la Carta dei Servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L' Area Vasta corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito del ricevimento della rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto, relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre 2014, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di

spesa di € 50.010,00=.

Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

Con periodicità da concordare tra le parti, verranno effettuati, da parte del personale all' Area Vasta 2 e del Distretto Sanitario, dei sopralluoghi per il controllo del buon andamento della struttura, relativamente agli aspetti alberghieri, assistenziali e sanitari.

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente, a seguito di rendicontazione, a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,:

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alle deliberazioni di Giunta Regionale che approvano gli schemi di convenzione con le residenzialità protette.

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014..

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L. 266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

La Casa di Riposo di Apiro non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività

svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo la Casa di Riposo di Apiro viene nominata dall'ASUR-Area Vasta 2, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

li _____

Casa di Riposo Comune di Apiro
Il Sindaco

ASUR/AV2-Jesi
Il Direttore Generale

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITÀ PER ANZIANI "CASA DI RIPOSO FOLTRANI – FILATI" DI CINGOLI - ANNO 2014 .

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Viste le delibere del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale IX di Jesi n. 27 del 14/12/2005 e n. 6 del 20/02/2009 di assegnazione dei posti letto di residenza protetta;

PREMESSO

- che la struttura residenziale per anziani di CINGOLI con sede in via P. Leoni, 13, è una struttura polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 - per n. **20** p.l. di **Residenza Protetta** per anziani con autorizzazione rilasciata dal Comune di Cingoli in data 26/06/2006 n. 7982 e per n. **25** p. l. di **Casa di Riposo** per anziani con autorizzazione del 26/06/2006 n.7983.
- che con determina DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011 è stato recepito l'accordo sottoscritto tra l'ASUR/ex Zona T. n.5 di Jesi e la struttura residenziale per anziani di Cingoli per il nucleo di residenza protetta (20 p.l.);
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità al di fuori del nucleo di RP convenzionato per n. 20 posti letto di cui sopra e comunque entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002 quali Casa di Riposo e/o Residenzialità Protetta;
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui in particolare la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la struttura residenziale per anziani di Filottrano si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget di Zona in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi "quadro" regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA

L'ASUR/Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Generale Dr. Gianni Genga

E

la struttura residenziale per anziani di Cingoli rappresentata dal Sindaco pro-tempore /persona da lui delegata;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Struttura residenziale per anziani di Cingoli e l'Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, non ricadenti nella convenzione in essere per il nucleo di n. 20 p.l. di Residenza Protetta.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica.

Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrassessantacinquenni, 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza

avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollievo"), lo scadenziario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si trovi in una situazione caratterizzata:
 - dall'essere solo o privo di valido supporto familiare o sociale, o 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;
- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali.

In particolare la struttura residenziale per anziani di Cingoli deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi.

Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All' Area Vasta spetta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione.

Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, alla Area Vasta;
- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico alla Area Vasta.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria(Infermiere) si fa carico:

del monitoraggio e della documentazione delle attività;

della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;

della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;

rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;

vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – Lavoro in equipe e Piano di Assistenza Individualizzato

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, che trovano operatività, per ogni persona accolta, nella definizione e gestione del PAI.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La struttura residenziale per anziani di Cingoli adotta la Carta dei Servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L'Area Vasta 2 corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente, a seguito di rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto, relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre 2014 un budget onnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 20.029,00.

Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

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

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente, a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,:

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alla convenzione stipulata con la medesima residenzialità il 28/04/2011 per la disciplina dell'ADI nel nucleo di residenzialità protetta (n. 20 p.l.).

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L. 266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

La struttura residenziale per anziani di Cingoli non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura residenziale per anziani di Cingoli viene nominata dall'ASUR- Area Vasta 2, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

_____ lì _____

Struttura residenziale per anziani di Cingoli
Il Sindaco/persona da lui delegata

ASUR/AV2-Jesi
Il Direttore Generale

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI CASA DI RIPOSO COMUNALE DI MORRO D'ALBA- ANNO 2014 .

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Vista la DGRM n.606/2001 recante: *Linee guida per le cure domiciliari*

PREMESSO

- che la struttura residenziale per anziani Casa di Riposo di Morro D'Alba con sede in via Gallizi, 2, è una struttura polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 - per n. **17** p.l. di **Residenza Protetta** per anziani e per n. **22** p.l. di **Casa di Riposo** con autorizzazione rilasciata dal Comune di Morro D'Alba in data 25/08/2006 n. 1.
- che la struttura residenziale di Morro D'Alba non rientra tra quelle titolari di rapporto convenzionale con l'Asur/ex ZT 5 per i p.l. di residenzialità protetta di cui alla determina del DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011;
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002;
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui in particolare la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la struttura residenziale per anziani Casa di Riposo di Morro D'Alba si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget di Zona in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi "quadro" regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA

L'ASUR/Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Generale Dott. Gianni Genga

E

La Casa di Riposo del Comune di Morro D'Alba rappresentata dal Sindaco pro-tempore / persona da lui delegata;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Casa di Riposo di Morro D'Alba e l'ASUR / Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, nel rispetto della capacità ricettiva della struttura stessa.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica.

Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrassessantacinquenni, 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollievo"), lo scadenzario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si trovi in una situazione caratterizzata:
dall'essere solo o privo di valido supporto familiare o sociale, o 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;
- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali. In particolare la Casa di Riposo di Morro D'Alba deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi.

Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All' Area Vasta spetta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione.

Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, alla Area Vasta;
- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico alla Zona Territoriale.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria(Infermiere) si fa carico:

- del monitoraggio e della documentazione delle attività;
- della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;
- della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;
- rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;
- vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – 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.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La Casa di Riposo di Morro D'Alba adotta la Carta dei Servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L' Area Vasta corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli

operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito del ricevimento della rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto, relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre 2014, un budget onnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 89.411,00 (di cui € 4.794,00 riservati assistito ex O.P. già in carico al D.S.M. AV2 Jesi).

Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

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

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,:

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alle deliberazioni di Giunta Regionale che approvano gli schemi di convenzione con le residenzialità protette.

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1° gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L. 266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

La Casa di Riposo di Morro D'Alba non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo Casa di Riposo di Morro D'Alba viene nominata dall'ASUR- Area Vasta 2 , quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

_____ lì _____

Casa di Riposo di Morro D'Alba
Il Sindaco / persona da lui delegata

ASUR/AV2-Jesi
Il Direttore Generale

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI COMUNE DI S. MARIA NUOVA - ANNO 2014 .

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Viste le delibere del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale IX di Jesi n. 27 del 14/12/2005 e n. 6 del 20/02/2009 di assegnazione dei posti letto di residenza protetta;

PREMESSO

- che la Casa di Riposo Comunale di S. Maria Nuova con sede in P.zza Grazie n.43, è una struttura residenziale per anziani polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 - per n. **29** p.l. di **Residenza Protetta** per anziani con autorizzazione rilasciata dal Comune di S. Maria Nuova in data 21/05/2009 n.4 e per n. **10** p. l. di **Casa di Riposo** per anziani con autorizzazione in data 21/05/2009 n.3.
- che con determina DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011 è stato recepito l'accordo sottoscritto tra l'ASUR/ ex Zona T. n.5 di Jesi e il comune di S. Maria Nuova per il nucleo di residenza protetta (20 p.l.);
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità al di fuori del nucleo di RP convenzionato per n. 20 posti letto di cui sopra e comunque entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002 quali Casa di Riposo e/o Residenzialità Protetta;
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui in particolare la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la Residenzialità di S. Maria Nuova si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget di Zona in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi "quadro" regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA

L'ASUR/Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Generale Dott. Gianni Genga

E

Il Comune di S. Maria Nuova quale ente titolare e gestore della Casa di Riposo Comunale rappresentato dal Sindaco pro-tempore /persona da lui delegata

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Struttura residenziale per anziani Casa di Riposo comunale di S. Maria Nuova e l' Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, non ricadenti nella convenzione in essere per il nucleo di n. 20 p.l. di Residenza Protetta.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica.

Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrassessantacinquenni, 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollievo"), lo scadenario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si trovi in una situazione caratterizzata:
dall'essere solo o privo di valido supporto familiare o sociale, o 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;

- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali.

In particolare la struttura residenziale per anziani di S. Maria Nuova deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi.

Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All'Area Vasta spetta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione.

Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, all'Area Vasta;

- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico all'Area Vasta.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria(Infermiere) si fa carico:

del monitoraggio e della documentazione delle attività;

della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;

della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;

rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;

vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – 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.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La Casa di Riposo comunale di S. Maria Nuova adotta la Carta dei Servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L'Area Vasta corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito del ricevimento della rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre

2014 un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 18.614,00 (di cui € 12.008,00 riservati assistita ex O.P. in carico al D.S.M. AV2 Jesi). Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

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

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,:

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alla convenzione stipulata con la medesima residenzialità il 28/04/2011 per la disciplina dell'ADI nel nucleo di residenzialità protetta (n. 20 p.l.).

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L. 266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

Il personale della Casa di Riposo comunale di S. Maria Nuova non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo la Casa di Riposo comunale di S. Maria Nuova viene nominata dall' l'ASUR-Area Vasta 2, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

_____ lì _____

Casa di Riposo comunale di S. Maria Nuova
Il Sindaco/persona da lui delegata

ASUR/AV2-Jesi
Il Direttore Generale

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI CASA DI RIPOSO COMUNE DI STAFFOLO- ANNO 2014.

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Vista la DGRM n.606/2001 recante: *Linee guida per le cure domiciliari*

PREMESSO

- che la struttura residenziale per anziani Casa di Riposo di Staffolo con sede in via delle Monache, 4, è una struttura polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 - per n. **22** p.l. di **Residenza Protetta** per anziani con autorizzazione rilasciata dal comune di Staffolo in data 28/10/2010 n.5 e per n. **3** p.l. di **Casa di Riposo** con autorizzazione rilasciata dal Comune di Staffolo in data 28/10/2010 n. 6.
- che la struttura residenziale di Staffolo non rientra tra quelle titolari di rapporto convenzionale con l'Asur/Area Vasta2 per i p.l. di residenzialità protetta di cui alla determina del DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011;
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002;
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui in particolare la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la struttura residenziale per anziani Casa di Riposo di Staffolo si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget di Zona in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi "quadro" regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA

L'ASUR/Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Generale Dr. Gianni Genga

E

La Casa di Riposo del Comune di Staffolo rappresentata dal Sindaco pro-tempore / persona da lui delegata ;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Casa di Riposo di Staffolo e l'Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, nel rispetto della capacità ricettiva della struttura stessa.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica.

Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrassessantacinquenni, 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e

compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollievo"), lo scadenario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si trovi in una situazione caratterizzata:
 - dall'essere solo o privo di valido supporto familiare o sociale, o 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;

- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali.

In particolare la Casa di Riposo di Staffolo deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi.

Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All'Area Vasta spetta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione.

Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, all'Area Vasta;

- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico all'Area Vasta.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria(Infermiere) si fa carico:

del monitoraggio e della documentazione delle attività;

della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;

della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;

rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;

vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – 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.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La Casa di Riposo di Staffolo adotta la Carta dei Servizi, concordando con il

Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L'Area Vasta 2 corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente

a seguito del ricevimento della rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto, relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre 2014, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 28.925,00. Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

Con periodicità da concordare tra le parti, verranno effettuati, da parte del personale dell'Area Vasta 2 e del Distretto Sanitario, dei sopralluoghi per il controllo del buon andamento della struttura, relativamente agli aspetti alberghieri, assistenziali e sanitari.

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente, a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,;

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alle deliberazioni di Giunta Regionale che approvano gli schemi di convenzione con le residenzialità protette.

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L.

266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

La Casa di Riposo di Staffolo non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo Casa di Riposo di Staffolo viene nominata dall' l'ASUR-Area Vasta 2, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

_____ lì _____

Casa di Riposo di Staffolo

Il Sindaco / persona da lui delegata

ASUR/AV2-Jesi

Il Direttore Generale

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI FONDAZIONE "C. GREGORINI" DI S. MARCELLO - ANNO 2014.

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Viste le delibere del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale IX di Jesi n. 27 del 14/12/2005 e n. 6 del 20/02/2009 di assegnazione dei posti letto di residenza protetta;

PREMESSO

- che la Fondazione C. Gregorini di San Marcello sita in Corso Matteotti, 7 è una struttura residenziale per anziani polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 - per n. **30** p.l. di **Residenza Protetta** per anziani con autorizzazione rilasciata dal Comune di S. Marcello in data 19/02/2007 n.2 e per n.**18** p. l. di **Casa di Riposo** per anziani con autorizzazione in data 19/02/2007 n.1.
- che con determina DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011 è stato recepito l'accordo sottoscritto tra l'ASUR/ ex Zona T. n.5 di Jesi e la Fondazione C. Gregorini di San Marcello per il nucleo di residenza protetta (20 p.l.);
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità al di fuori del nucleo di RP convenzionato per n. 20 posti letto di cui sopra e comunque entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002 quali Casa di Riposo e/o Residenzialità Protetta;
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui in particolare la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la Fondazione C. Gregorini di San Marcello si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget di Area Vasta in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi "quadro" regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in

relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA

L'ASUR/Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Generale Dott. Gianni Genga

E

la Fondazione C. Gregorini di San Marcello rappresentata dal Presidente e Legale Rappresentante p.t. Sig. Augusto Bartolucci

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Struttura residenziale per anziani la Fondazione C. Gregorini di San Marcello e l'Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, non ricadenti nella convenzione in essere per il nucleo di n. 20 p.l. di Residenza Protetta.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica.

Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrassessantacinquenni, 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollievo"), lo scadenario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si

trovi in una situazione caratterizzata:
dall'essere solo o privo di valido supporto familiare o sociale, o 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;
- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali. In particolare la struttura residenziale la Fondazione C. Gregorini di San Marcello deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi. Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All'Area Vasta spetta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione. Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, all'Area Vasta;
- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico all'Area Vasta.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria(Infermiere) si fa carico:

- del monitoraggio e della documentazione delle attività;
- della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;
- della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;
- rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;
- vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – Lavoro in equipe e Piano di Assistenza Individualizzato

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, che trovano operatività, per ogni persona accolta, nella definizione e gestione del PAI.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La Fondazione C. Gregorini di San Marcello adotta la Carta dei Servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L'Area Vasta corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione

dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito del ricevimento della rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto, relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre 2014, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 23.229,00. Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

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

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,:

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alla convenzione stipulata con la medesima residenzialità il 14/04/2011 per la disciplina dell'ADI nel nucleo di residenzialità protetta (n. 20 p.l.).

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui

all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L. 266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

La Fondazione C. Gregorini di San Marcello non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo la Fondazione C. Gregorini di San Marcello viene nominata dall' ASUR-Area Vasta 2, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

_____ lì _____

Fondazione C. Gregorini di San Marcello
Il Presidente e Legale Rappresentante

ASUR/AV2-Jesi
Il Direttore Generale

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI FONDAZIONE "CASA DI RIPOSO A. CONTI" DI MERGO- ANNO 2014 .

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Vista la DGRM n.606/2001 recante: *Linee guida per le cure domiciliari*

PREMESSO

- che la struttura residenziale per anziani Fondazione "A. Conti" di Mergo con sede in via C. Battisti, 48, è una struttura polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 – per n.13 p.l. di **Casa di Riposo** con autorizzazione rilasciata dal Comune di Mergo in data 21/04/2007 n. 3 e per n. 30 p.l. di **Residenzialità Protetta** con autorizzazione rilasciata dal Comune di Mergo in data 30/06/2006 n. 2 .
- che la struttura residenziale Fondazione "A. Conti" di Mergo non rientra tra quelle titolari di rapporto convenzionale con l' ASUR/Area Vasta 2 per i p.l. di residenzialità protetta di cui alla determina del DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011;
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002;
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui in particolare la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la struttura residenziale per anziani Casa di Riposo di Airolo si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget ex Zona in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi "quadro" regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA

L'ASUR/Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Generale Dott. Gianni

Genga

E

La Fondazione “Casa di Riposo A. Conti” di Mergo rappresentata dal Presidente e Legale Rappresentante p.t. Sig. David Anastasi;

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Casa di Riposo di Mergo e l'Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, nel rispetto della capacità ricettiva della struttura stessa.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica.

Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrassessantacinquenni, 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;

- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollevio"), lo scadenario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si trovi in una situazione caratterizzata:
dall'essere solo o privo di 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;

- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali.

In particolare la Casa di Riposo di Apiro deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi.

Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All' Area Vasta spetta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione.

Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, all' Area Vasta;
- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico all'Area Vasta 2.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria(Infermiere) si fa carico:

del monitoraggio e della documentazione delle attività;

della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;

della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;

rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;

vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – Lavoro in equipe e Piano di Assistenza Individualizzato

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, che trovano operatività, per ogni persona accolta, nella definizione e gestione del PAI.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La Casa di Riposo di Mergo adotta la Carta dei Servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L'Area Vasta corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito del ricevimento della rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto, relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre 2014, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 95.379,00. Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

Con periodicità da concordare tra le parti, verranno effettuati, da parte del personale dell'Area Vasta 2 e del Distretto Sanitario, dei sopralluoghi per il controllo del buon andamento della struttura, relativamente agli aspetti alberghieri, assistenziali e sanitari.

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,:

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alle deliberazioni di Giunta Regionale che approvano gli schemi di convenzione con le residenzialità protette.

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1° gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto

alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L. 266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

La Casa di Riposo di Mergo non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo Casa di Riposo di Mergo viene nominata dall'ASUR-Area Vasta 2, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

_____ lì _____

**Fondazione "Casa di Riposo A. Conti" di Mergo
Il Presidente e Legale Rappresentante**

**ASUR/AV2-Jesi
Il Direttore Generale**

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI – FONDAZIONE “G. SPONTINI” DI MAIOLATI SPONTINI - ANNO 2014.

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Viste le delibere del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale IX di Jesi n. 27 del 14/12/2005 e n. 6 del 20/02/2009 di assegnazione dei posti letto di residenza protetta;

PREMESSO

- che la struttura residenziale per anziani “G. Spontini” con sede in Maiolati Spontini via G. Spontini n.38, è una struttura residenziale per anziani polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 - per n. **25** p.l. di **Residenza Protetta** per anziani con autorizzazione rilasciata dal Comune di Maiolati Spontini in data 20/03/2010 n. 1 e per n. **6** p. l. di **Casa di Riposo** per anziani con autorizzazione del 20/03/2010 n.1.
- che con determina DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011 è stato recepito l'accordo sottoscritto tra l'ASUR/ex Zona T. n.5 di Jesi e la struttura residenziale per anziani “G. Spontini” per il nucleo di residenza protetta (20 p.l.);
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità al di fuori del nucleo di RP convenzionato per n. 20 posti letto di cui sopra e comunque entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002 quali Casa di Riposo e/o Residenzialità Protetta;
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui in particolare la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la struttura residenziale per anziani “G. Spontini” si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget di Zona in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi “quadro” regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA

L'ASUR/Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Generale Dott. Gianni Genga

E

la Fondazione "Gaspere Spontini" rappresentata dal Presidente e Legale Rappresentante p.t. Paolo Perticaoli

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Struttura residenziale per anziani "G. Spontini" e l'Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, non ricadenti nella convenzione in essere per il nucleo di n. 20 p.l. di Residenzialità Protetta.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica.

Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrassessantacinquenni, 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollievo"), lo scadenzario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si trovi in una situazione caratterizzata:

dall'essere solo o privo di valido supporto familiare o sociale, o 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;
- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali.

In particolare la struttura residenziale per anziani "G. Spontini" deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi.

Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All'Area Vasta spetta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione.

Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, all'Area Vasta;

- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico all'Area Vasta.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria(Infermiere) si fa carico:

del monitoraggio e della documentazione delle attività;

della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;

della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;

rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;

vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – 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.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La struttura residenziale per anziani “G. Spontini” adotta la Carta dei Servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L'Area Vasta corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito del ricevimento della rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto, relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre 2014, un budget omnnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 2.419,00.

Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

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

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,:

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alla convenzione stipulata con la medesima residenzialità il 28/04/2011 per la disciplina dell'ADI nel nucleo di residenzialità protetta (n. 20 p.l.).

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui

all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L. 266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

La struttura residenziale per anziani “G. Spontini” non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura residenziale ASUR/Area Vasta 2, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante “Codice in materia di protezione dei dati personali”, anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

_____ li _____

**Fondazione “G. Spontini” Maiolati Spontini
Il Presidente e Legale Rappresentante**

**ASUR/AV2-Jesi
Il Direttore Generale**

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI FONDAZIONE "IL CHIOSTRO" DI FILOTTRANO- ANNO 2014 .

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Viste le delibere del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale IX di Jesi n. 27 del 14/12/2005 e n. 6 del 20/02/2009 di assegnazione dei posti letto di residenza protetta;

PREMESSO

- che la struttura residenziale per anziani di Filottrano con sede in via V. Veneto n.100, è una struttura polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 - per n. **51** p.l. di **Residenza Protetta** per anziani con autorizzazione rilasciata dal Comune di Filottrano in data 03/03/2009 n. 6 e per n. **16** p. l. di **Casa di Riposo** per anziani con autorizzazione del 22/05/2008 n.5.
- che con determina DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011 è stato recepito l'accordo sottoscritto tra l'ASUR/ ex Zona T. n.5 di Jesi e la struttura residenziale per anziani di Filottrano per il nucleo di residenza protetta (20 p.l.);
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità al di fuori del nucleo di RP convenzionato per n. 20 posti letto di cui sopra e comunque entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002 quali Casa di Riposo e/o Residenzialità Protetta;
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui in particolare la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la struttura residenziale per anziani di Filottrano si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget di Area in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi "quadro" regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA
L'ASUR/Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Generale Dr. Gianni Genga

E

la Fondazione "Il Chiostro" di Filottrano rappresentata dal Presidente e Legale Rappresentante pro-tempore Pasquini Dario

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Struttura residenziale per anziani di Filottrano e l'Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, non ricadenti nella convenzione in essere per il nucleo di n. 20 p.l. di Residenza Protetta.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica. Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrassessantacinquenni, 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con

- supporto familiare necessitante di sollievo;
- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollievo"), lo scadenario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si trovi in una situazione caratterizzata:
dall'essere solo o privo di valido supporto familiare o sociale, o 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;

- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali.

In particolare la struttura residenziale per anziani di Filottrano deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi.

Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All'Area Vasta spetta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione.

Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, all'Area Vasta;

- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico all'Area Vasta.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria(Infermiere) si fa carico:

del monitoraggio e della documentazione delle attività;

della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;

della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;

rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;

vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – 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.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La struttura residenziale per anziani di Filottrano adotta la Carta dei Servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L'Area Vasta corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito del ricevimento della rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto, relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre 2014, un budget omnnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di

spesa di € 71.864,00 (di cui € 3.510,00 riservati assistito ex O.P. già in carico al D.S.M. AV2 Jesi).

Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

Con periodicità da concordare tra le parti, verranno effettuati, da parte del personale dell'Area Vasta 2 e del Distretto Sanitario, dei sopralluoghi per il controllo del buon andamento della struttura, relativamente agli aspetti alberghieri, assistenziali e sanitari.

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,:

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alla convenzione stipulata con la medesima residenzialità il 28/04/2011 per la disciplina dell'ADI nel nucleo di residenzialità protetta (n. 20 p.l.).

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1° gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L. 266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

La struttura residenziale per anziani di Filottrano non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura residenziale per anziani di Filottrano viene nominata dall' l'ASUR-Area Vasta 2, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

_____ lì _____

Fondazione "Il Chiostro" di Filottrano
Il Presidente e Legale Rappresentante

ASUR/AV2-Jesi
Il Direttore Generale

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI FONDAZIONE "OPERA PIA VERRI-BERNABUCCI-UCCELLINI-AMURRI" DI BELVEDERE OSTRENSE - ANNO 2014 .

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Viste le delibere del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale IX di Jesi n. 27 del 14/12/2005 e n. 6 del 20/02/2009 di assegnazione dei posti letto di residenza protetta;

PREMESSO

- che la Fondazione Opera Pia Verri-Bernabucci-Uccellini-Amurri di Belvedere Ostrense sita in Largo Tosi, n.5, è una struttura residenziale per anziani polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 - per n. **32** p.l. di **Residenza Protetta** per anziani con autorizzazione rilasciata dal Comune di Belvedere Ostrense in data 04/08/2010 n.1 e per n. **10** p. l. di **Casa di Riposo** per anziani con autorizzazione in data 09/06/2007 n.1.
- che con determina DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011 è stato recepito l'accordo sottoscritto tra l'ASUR/ex Zona T. n.5 di Jesi e la Fondazione Opera Pia Verri-Bernabucci per il nucleo di residenza protetta (20 p.l.);
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità al di fuori del nucleo di RP convenzionato per n. 20 posti letto di cui sopra e comunque entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002 quali Casa di Riposo e/o Residenzialità Protetta;
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui in particolare la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la Fondazione Opera Pia Verri-Bernabucci-Amurri si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget di Area Vasta in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi "quadro" regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA

L'ASUR/ Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Generale Dr. Gianni Genga

E

la Fondazione Opera Pia Verri-Bernabucci-Amurri rappresentata dal

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Struttura residenziale per anziani Fondazione Opera Pia Verri-Bernabucci-Amurri e l'Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, non ricadenti nella convenzione in essere per il nucleo di n. 20 p.l. di Residenza Protetta.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica.

Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrassessantacinquenni, 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollevio"), lo scadenzario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si trovi in una situazione caratterizzata:
 - dall'essere solo o privo di 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;

- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali.

In particolare la struttura residenziale Fondazione Opera Pia Verri-Bernabucci deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi.

Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All'Area Vasta spetta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione.

Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, alla Zona Territoriale;
- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico alla Area Vasta.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria(Infermiere) si fa carico:

- del monitoraggio e della documentazione delle attività;
- della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;
- della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;
- rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;
- vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – 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.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La Fondazione Opera Pia Verri-Bernabucci-Amurri adotta la Carta dei Servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno

attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L'Area Vasta corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa

vigente, a seguito di rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre 2014 un budget onnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 9.962,00.

Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

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

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,:

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alla convenzione stipulata con la medesima residenzialità il 28/04/2011 per la disciplina dell'ADI nel nucleo di residenzialità protetta (n. 20 p.l.).

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto

alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L. 266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

La Fondazione Opera Pia Verri-Bernabucci-Amurri non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo la Fondazione Opera Pia Verri-Bernabucci-Amurri viene nominata dall'ASUR-Area Vasta 2, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

_____ lì _____

Fondazione Opera Pia Verri-Bernabucci-Amurri
Il Presidente e Legale Rappresentante

ASUR/AV2-Jesi
Il Direttore Generale

ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI FONDAZIONE "PAPA GIOVANNI PAOLO II" DI CUPRAMONTANA - ANNO 2014.

VISTI

- il Piano Sanitario Regionale 2003/2006 approvato con D.A. n. 97 del 30.06.2003;
- il Piano Sanitario Regionale 2007/2009 approvato con D. A. del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07
- vista la DGRM n.1493/27/10/2008 e il successivo Decreto n.9/S04 del 05/02/2009;
- Vista la Determina del DG/ASUR n.360 del 15/04/2009;
- Vista la DGRM n.1230 del 02/08/2010 e la DGRM 1729 del 29/11/2010;
- Viste le delibere del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale IX di Jesi n. 27 del 14/12/2005 e n. 6 del 20/02/2009 di assegnazione dei posti letto di residenza protetta;

PREMESSO

- che la Fondazione Giovanni Paolo II già Istituti Riuniti di Beneficenza – Casa di Riposo di Cupramontana, con sede in via Ferranti n. 51, è una struttura residenziale per anziani polifunzionale autorizzata - ex L.R. n.20/2002 - per n. 53 p.l. di Residenza Protetta per anziani con autorizzazione rilasciata dal Comune di Cupramontana in data 30/06/2010 e per n. 10 p. l. di Casa di Riposo per anziani con autorizzazione in data 29/06/2006.
- che con determina DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011 è stato recepito l'accordo sottoscritto tra l'ASUR/ex Zona T. n.5 di Jesi e gli Istituti Riuniti di Beneficenza IRB di Cupramontana ora Fondazione Giovanni Paolo II per i nuclei di residenza protetta (45 p.l.);
- che il presente atto è finalizzato alla disciplina di prestazioni di assistenza integrata (A.D.I.) in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla residenzialità al di fuori del nucleo di RP convenzionato per n. 45 posti letto di cui sopra e comunque entro il numero massimo di posti letto autorizzati ex LR 20/2002 quali Casa di Riposo e/o Residenzialità Protetta;
- che la tipologia di assistenza A.D.I. da erogarsi nella struttura è quella prevista dalle disposizioni normative e regolamentari in vigore tra cui in particolare la DGR n. 606/2001 recante le linee guida regionali per le cure domiciliari;
- che l'assistenza A.D.I. presso la Residenzialità di Cupramontana si inserisce in un percorso oramai sperimentato nelle precedenti annualità e storicizzato nel budget di Area in parallelo al convenzionamento dei posti letto di R.P. attuato viceversa sulla base dei fondi regionali per la non autosufficienza;
- che permangono tutti i presupposti di fatto e le motivazioni che hanno portato alla stipula dei precedenti accordi per l'A.D.I. e per la prosecuzione e il mantenimento di tale livello assistenziale anche per l'anno 2014;
- che il presente accordo negoziale è stato elaborato tenuto conto degli accordi "quadro" regionali riguardanti la residenzialità protetta rispetto ai quali sono stati apportati gli adattamenti ritenuti necessari in relazione alla specificità delle prestazioni in oggetto;

Con il presente accordo quindi

TRA

L'ASUR/Area Vasta 2 rappresentata dal Direttore Generale Dr. Gianni Genga

E

La Fondazione Giovanni Paolo II di Cupramontana con sede in via Ferranti n. 51, rappresentata dal Sig. Domenico Scuppa in qualità di Presidente e

Legale rappresentante p.t.

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

ART. 1 – Area di intervento

La presente convenzione disciplina il rapporto tra la Struttura residenziale per anziani Fondazione Giovanni Paolo II di Cupramontana e l'Area Vasta 2 per le prestazioni in regime ADI che possono essere erogate in favore di anziani non autosufficienti ospitati dalla struttura nei posti letto autorizzati come Residenzialità Protetta o Casa di Riposo ma, comunque, non ricadenti nella convenzione in essere per il nucleo di n. 45 p.l. di Residenza Protetta.

ART. 2 – Oggetto

L'offerta assistenziale è rivolta a pazienti non autosufficienti, non assistibili a domicilio, che necessitano di basso livello di assistenza infermieristica.

Le prestazioni di assistenza infermieristica in regime domiciliare (ADI) sono rivolte ai pazienti ospitati dalla struttura residenziale e in relazione al livello di non autosufficienza e delle necessità preventivamente valutate dall'UVI.

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 struttura residenziale è rivolta a soggetti non autosufficienti, di norma ultrassessantacinquenni, 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 soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- soggetti attualmente presenti in regime residenziale nella struttura e compatibili con i livelli assistenziali offerti dalla struttura stessa.

ART. 5 – Modalità di accesso alle cure domiciliari

L'attivazione delle prestazioni ADI espresse in minutaggi di assistenza

avviene solo a seguito di parere favorevole dell'UVI secondo la seguente procedura:

- richiesta dell'anziano interessato o di chi è civilmente obbligato e comunque corredata da scheda del medico di riferimento, su modulistica predisposta dal Distretto Sanitario. Nei casi di impossibilità dell'anziano e assenza dei 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 presso la segreteria delle cure domiciliari strutture distrettuali (Punto Unico di Accesso - PUA);
- convocazione dell' UVI, valutazione multidimensionale da parte dei componenti dell' UVI (Medico Coordinatore, MMG, Geriatra che se presente può svolgere anche funzioni di Medico Coordinatore, Infermiere, Assistente sociale, altre figure necessarie) presso il domicilio dell'anziano o la struttura in cui si trova;
- valutazione conclusiva dell'UVI di idoneità/non idoneità all'ammissione ed inserimento in lista d'attesa;
- definizione, da parte dell'UVI, del percorso Progetto assistenziale che ne specifichi gli obiettivi assistenziali, i risultati che si intendono raggiungere, la tipologia degli interventi, la durata della degenza, la tipologia dell'ammissione (dimissione protetta ospedaliera, ordinaria, di "sollievo"), lo scadenzario delle verifiche e la eventuale programmazione della dimissione. Sulla base delle suddette indicazioni la struttura residenziale provvederà ad elaborare, gestire, monitorare il Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) con rivalutazione almeno semestrale, e attraverso il collegamento con l'UVI, garantire la costante coerenza del Progetto assistenziale, con l' esecutività del PAI;
- dimissione dalla Residenza Protetta, da parte dell'UVI .

ART. 6 – Criteri per l'ammissione dei pazienti

Per l'erogazione delle prestazioni in ADI presso la struttura residenziale si tiene conto dei requisiti generali dei pazienti assistibili presso le Residenze Protette con riferimento ai seguenti aspetti di natura socio-sanitaria:

- la condizione di non autosufficienza è misurabile con apposite scale di valutazione stabilite dalla Regione Marche nelle nuove Linee guida per le cure domiciliari in fase di definizione. Nelle more della pubblicazione delle citate Linee Guida la non autosufficienza è misurata con le scale ADL, IADL, e la scheda di valutazione sociale (Allegato A della DGR 606/01 "Linee guida per le cure domiciliari");
- la 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;
- la presenza di problematiche di ordine socio-ambientali dell'assistito che si trovi in una situazione caratterizzata:
 - dall'essere solo o privo di valido supporto familiare o sociale, o 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;
- il livello di tutela sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) caratterizzato da: 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 (R1, R2, RD2 di cui alle vigenti Linee guida Ministeriali sulla Residenzialità)

ART. 7 – Modello organizzativo

La convenzione in oggetto deve tenere conto dei vari modelli organizzativi frutto dell'applicazione di norme nazionali, regionali o regolamenti zonali.

In particolare la struttura residenziale per anziani di Cupramontana deve possedere i requisiti strutturali, di personale ed organizzativi di cui alla L.R. 20/2002 e successivi regolamenti applicativi.

Ai pazienti inseriti in ADI viene fornita l'assistenza infermieristica/OSS, di norma in forma indiretta, secondo il minutaggio previsto dal PAI la quale viene rimborsata nella misura di € 0,32 per minuto/giorno.

ART. 8 – Responsabili delle attività

All'Area Vasta spetta, nella persona del Direttore di Distretto, la responsabilità della corretta applicazione della convenzione.

Alla Struttura residenziale spetta, nella persona del Responsabile, la responsabilità delle prestazioni oggetto della presente convenzione, fatte salve le responsabilità riconducibili al singolo professionista.

ART. 9 – Pianificazione delle attività

Il Responsabile della struttura residenziale 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, e in particolare:

- della trasmissione dell'elenco nominativo degli ospiti presenti, nel relativo mese, all'Area Vasta;
- della registrazione e trasmissione di tutte le attività del personale, da cui derivi un onere economico all'Area Vasta.

Il medesimo elabora un programma delle attività giornaliere degli ospiti, che viene concordato con il Direttore di Distretto e con il Coordinatore d'Ambito Territoriale, è responsabile dell'organizzazione dei turni e delle attività assistenziali e di supporto.

Il Coordinatore afferente all'area sanitaria(Infermiere) si fa carico:

- del monitoraggio e della documentazione delle attività;
- della rilevazione delle presenze degli ospiti e del personale;
- della rilevazione e trasmissione dei dati richiesti dalla ASUR e dalla Regione;
- rilevazione dei dati necessari al sistema RUG e del relativo invio nei tempi concordati;
- vigila sull'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. 10 – 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'UVI 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 ACN 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 l'infermiere in servizio, attiva il Servizio di Continuità Assistenziale o il 118.

Nelle strutture ad alta complessità organizzativa ed assistenziale, il Direttore del Distretto, nell'ambito della contrattazione locale, può attivare modalità di collaborazione con i MMG che ne assicurino la presenza giornaliera programmata.

ART. 11 – 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.

La struttura residenziale attiva equipe multiprofessionali composte dal personale interno, eventualmente integrate da figure professionali dell'UVI, con il compito di definire operativamente il PAI impostato dall'UVI (individuazione dei bisogni, definizione degli obiettivi, definizione delle azioni operative, assegnazione delle risorse e monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi, eventuale programmazione di dimissione).

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

ART. 12 – Registrazione delle attività

Per ogni ospite deve essere aperta, al momento dell'ammissione al trattamento al servizio ADI, 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 e di valutazione cognitiva e funzionale;
- eventuali caratteristiche e/o specificità;
- il progetto assistenziale (multiprofessionale e multidisciplinare);
- il diario assistenziale (comprendente anche le attività erogate, la sigla di 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 rilevanti dell'Ospite.

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

ART. 13 – Carta dei Servizi

La struttura residenziale per anziani di Cupramontana adotta la Carta dei Servizi, concordando con il Direttore del Distretto le parti che hanno attinenza con le attività sanitarie, nel rispetto dei contenuti riportati nel Regolamento Regionale 8 marzo 2004 n. 1 e s.m.i., 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. 14 – Modalità di accesso dei familiari e delle associazioni di volontariato.

Saranno favorite le visite dei familiari ed amici con un ampio orario di accesso sempre nel rispetto degli orari di riposo degli ospiti e della organizzazione del lavoro degli operatori.

A tale scopo saranno concordati tra il Responsabile della struttura residenziale, il Direttore del Distretto e il Coordinatore d'Ambito, sentite le esigenze degli ospiti e dei loro familiari, 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 residenziale 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. 15 – Standard assistenziali

La struttura residenziale deve garantire ai propri ospiti gli standard assistenziali di cui all'autorizzazione ottenuta ex L.R. 20/2002 e gli standard minimi assistenziali (assistenza infermieristica e OSS) connessi con l'erogazione delle prestazioni di ADI previste nei piani individuali di lavoro.

ART. 16 – Tariffa giornaliera – quota a carico SSR –

L'Area Vasta corrisponderà, salvo il caso in cui la stessa fornisca, totalmente o parzialmente, in forma diretta l'assistenza infermieristica ed OSS sulla base delle effettive presenze giornaliere, la tariffa di € 0,32 al giorno per paziente, in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza infermieristica e degli operatori socio-sanitari, da prestare al paziente stesso secondo la valutazione dell'UVI.

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente, a seguito di rendicontazione amministrativa e contabile, da parte della struttura residenziale, delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

Per le prestazioni oggetto del presente accordo viene comunque riconosciuto relativamente al periodo della sua efficacia 1 gennaio 2014 – 31 dicembre 2014 un budget onnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 28.972,00.

Saranno comunque e solamente retribuite le prestazioni assistenziali fino alla concorrenza del tetto di spesa sopra indicato.

ART. 17 – Controlli e verifiche

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

Tali controlli prenderanno in considerazione anche le condizioni igienico-sanitarie della struttura e il rispetto del D.Lgs. 9-4-2008 n. 81.

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

ART. 18 – Rendicontazione e flussi informativi

Il pagamento delle tariffe avverrà nei termini previsti dalla normativa vigente, a seguito di rendicontazione da parte della Struttura delle effettive giornate di degenza degli ospiti.

La rendicontazione dovrà essere presentata entro il 15° giorno del mese successivo a quello oggetto del pagamento mediante il modulo allegato al presente atto (All. n.1) recante la indicazione:

- dati identificativi ospiti presenti , nucleo di inserimento (Casa di Riposo o R.P.), minutaggio di assistenza erogato pro die specificando la tipologia di assistenza OSS e infermieristica .

Il pagamento delle contabilità suddette è subordinato al visto di approvazione da parte del preposto Direttore Medico Area Anziani e del Coordinatore Infermieristico A.F.D.M. .

ART. 19 Norme generali di riferimento

Per quanto non previsto dal presente accordo si fa riferimento alla normativa nazionale e regionale in materia e, in particolare,:

- ◆ agli atti di indirizzo regionali in materia di ADI;
- ◆ all'accordo collettivo nazionale per l'assistenza primaria ed al relativo accordo integrativo regionale;
- ◆ alla convenzione stipulata con la medesima residenzialità il 28/04/2011 per la disciplina dell'ADI nel nucleo di residenzialità protetta (n. 45 p.l.).

ART. 20 – Validità

Il presente Accordo ha validità dal 1 gennaio 2014 al 31 dicembre 2014.

ART. 21 -Contribuzioni ex L. 266/2005

Le parti ritengono concordemente che il presente accordo negoziale non è soggetto all'applicazione del D.lgs. n. 163 del 12/4/2006 in materia di contratti pubblici in quanto avente ad oggetto i servizi sanitari e sociali di cui all'allegato II B del decreto medesimo e, pertanto, lo stesso non è soggetto alle contribuzioni dovute dai soggetti pubblici e privati ai sensi dell'art. 1, L. 266/2005 e della deliberazione dell'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori servizi e forniture del 10/1/2007.

ART. 22 – Privacy

Il personale della struttura residenziale di Cupramontana non può rivelare, in alcun modo e in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuto a conoscenza in relazione all'attività svolta.

I dati personali strettamente pertinenti le finalità, i servizi e gli obblighi oggetto del presente accordo non possono essere utilizzati dagli Istituti per

fini diversi da quelli contemplati nella presente convenzione.

Con la sottoscrizione del presente accordo la struttura residenziale di Cupramontana viene nominata dall'ASUR-Area Vasta 2, quale Responsabile esterno del trattamento dei dati personali, la stessa struttura si impegna a garantire che il trattamento dei dati personali di cui venga a conoscenza nell'ambito ed in relazione alla attività di collaborazione oggetto di intesa, sia svolto anche da parte di tutti gli incaricati e/o collaboratori che operano sotto la sua Responsabilità, nel rispetto delle prescrizioni dettate dal D.lgs 196/2003 e s.m.i recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", anche con riferimento all'adozione delle misure di sicurezza.

ART. 24 – Recesso

Il recesso, possibile da entrambi le parti, è comunicato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla data della richiesta cessazione dell'accordo.

Letto, approvato e sottoscritto.

_____ lì _____

**Fondazione Papa Giovanni Paolo II
di Cupramontana
Il Presidente e legale rappresentante**

**ASUR/AV2-Jesi
Il Direttore Generale**

AV2 DISTRETTO DI JESI - ADI 2014 - TABELLA COSTI

<u>Struttura</u>	<u>Stanziamento</u>	<u>2014</u>
ASP Ambito 9 Jesi	€	36.563,00
Comune di Airo	€	50.010,00
Comune di Cingoli	€	20.029,00
Comune di Morro d'Alba	€	89.411,00
Comune di S. Maria Nuova	€	18.611,00
Comune di Staffolo	€	28.925,00
Fondazione "C. Gregorini" S.Marcello	€	23.229,00
Fondazione "A.Conti" Mergo	€	95.379,00
Fondazione "G.Spontini" Maiolati Sp.	€	2.419,00
Fondazione "Il Chiostro" Filottrano	€	71.864,00
Fond. "O.P. Verri-Bernabucci-Uccellini-Amurri" Belvedere O.	€	9.962,00
Fond. "Papa Giovanni Paolo II" Cupramontana	€	28.972,00
Totale Conto 0505050105	€	475.374,00