

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA 2**

**N. 201/AV2 DEL 16/02/2016**

**Oggetto: ACCORDI CON STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI DELL'AMBITO TERRITORIALE IX PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI ADI AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI - ANNO 2015.**

**IL DIRETTORE DELLA  
AREA VASTA 2**

- . . . -

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

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

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

**VISTA** l'attestazione del Responsabile del Procedimento della U.O. Bilancio e del Dirigente del Servizio Controllo di Gestione in riferimento al bilancio annuale dell'anno 2015;

**- D E T E R M I N A -**

- 1) Le premesse sono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
- 2) Approvare, in virtù di specifica delega conferita dal Direttore Generale ASUR con atto n. 639 dell'11/01/2016, le convenzioni con le residenzialità per anziani del Distretto 5 di Jesi per l'erogazione delle prestazioni ADI, anno 2015, secondo gli schemi uniti alla presente quali parti integranti e sostanziali (all.ti 1-12).
- 3) Dare atto che tali accordi sono stati redatti in conformità della DGRM n. 1493 del 27/10/2008, del Decreto del Dirigente del Servizio Salute RM n. 9/S04 del 05/02/2009 e della DGRM 1230/2010.
- 4) Dare atto inoltre che la spesa complessiva scaturente dagli Accordi cui al punto 2. secondo gli importi indicati nella Tabella A (all.to 13), è prevista in complessivi € 459.285,50 con riferimento al conto 0505050105 "Acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare integrata" del Bilancio 2015 / Area Vasta 2 / Jesi.
- 5) Dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'art.28 della L.R. 26/96, così come sostituito dall'articolo 1 della L.R. 36/2013.
- 6) Trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

**IL DIRETTORE AREA VASTA 2  
Ing. Maurizio Bevilacqua**

Per il parere infrascritto:

**I Dirigenti della UO Controllo di Gestione e UO Risorse Economico Finanziarie**

Le sottoscritte attestano che il costo scaturente dall'adozione del presente atto quantificato in € 459.285,50 verrà imputato al conto n. conto 0505050105 "Acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare integrata" del Bilancio 2015 / Area Vasta 2 / Jesi.

Il Dirigente UO  
Programmazione e Controllo di Gestione  
(dr.Paolo Galassi)

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

La presente determina consta di n. 85 pagine di cui n. 75 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

**- DOCUMENTO ISTRUTTORIO -**

**U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale – U.O.C. Distretto 5 di Jesi**

**Disposizioni normative e provvedimenti amministrativi di riferimento:**

- L. n. 328/2000 " Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" e s.m.i;
- L.R. n. 20/2000 "Disciplina in materia di autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private" e s.m.i;
- L.R. n. 20/2002 " Disciplina in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture e dei servizi sociali a ciclo residenziale e semiresidenziale";
- L.R. n.37 del 24/12/2008 (Legge finanziaria 2009) che segnatamente all'articolo 2 comma 3 proroga di 2 anni il tempo per l'adeguamento ai requisiti minimi organizzativi delle R.P.;
- Regolamento Regionale n. 1 del 08/03/2004 e s.m.i.;
- DPCM 29/11/2001 recante la "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza" e s.m.i.;
- D.P.R. 07/04/2006 di "Approvazione del Piano sanitario nazionale 2006-2008";
- Deliberazione Amministrativa del Consiglio Regionale n. 62 del 31/7/07 di approvazione del Piano Sanitario Regionale 2007/2009;
- DPCM del 14.02.2001 "Atto di riordino e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
- L. n. 662/1996, art. 1, commi 34 e 34 bis, concernenti " Obiettivi prioritari e rilievo nazionale";
- L.R. n. 35/1995 concernente la realizzazione di Residenze Sanitarie Assistite;
- DGRM n.606/2001 "Linee guida per le cure domiciliari"
- L.R. n. 13/2003 e s.m.i. "Riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale";
- DGRM n. 1566/2004 "Approvazione atto di indirizzo e concernente: Sistema dei servizi per gli anziani della Regione Marche: sviluppo programmatico ed organizzativo";
- DGRM n. 1322/2004 " Protocollo d'intesa regionale sulla non autosufficienza";
- DGRM n. 323/2005 "Accordo con le Organizzazioni Sindacali sulle residenze sociali e adozione degli atti relativi alla riqualificazione delle residenze socio-sanitarie per anziani non autosufficienti";
- DGRM n. 704/2006 "Approvazione del 'Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA – Modifiche agli allegati A,B e C della DGR n. 323/2005'";
- D.G.R.M. 480/11.04.2008 "Convenzionamento con residenze protette o nuclei di residenza protetta in Case di Riposo: conferma per l'anno 2008 delle condizioni previste dal D.G.R. 704/06 per la stipula delle convenzioni";
- D.G.R.M. del 27/10/2008 n. 1493 che dispone in merito al fondo regionale per la non autosufficienza e autorizza il Dirigente del Servizio Salute ad emanare, tra gli altri, il Decreto relativo all'approvazione di un nuovo modello di convenzione per residenze protette in sostituzione di quello approvato con D.G.R.M. 704/06 per i rinnovi delle convenzioni in scadenza e per le nuove convenzioni da stipulare con le istituzioni assegnatarie di posti letto aggiuntivi di RP;
- Decreto n.9/S04 del 05/02/2009 – "DGR n. 1493 del 27/10/2008 –modello di convenzione per le Residenze Protette";
- Decreto del Dirigente del Servizio Salute n.145 del 29/12/2008 avente ad oggetto: "D.G.R. n.1494/08, Fondo regionale per la non autosufficienza: Approvazione delle "Schede per Piano attuativo locale" per la residenzialità e per la domiciliarità e le rispettive modalità progettuali e procedure unitarie a livello regionale";

- Delibera del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale IX di Jesi n. 27 del 14/12/2005;
- Delibera del Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale Sociale IX di Jesi n.6 del 20/02/2009 con la quale, in esecuzione della D.G.R.M. 1493/08 e del D.D.S.S. n.145/08, è stata approvata l'assegnazione dei posti letto aggiuntivi di residenza protetta;
- DGRM n.1230 del 02/08/2010 "Approvazione dello schema di accordo sui percorsi di allineamento delle tariffe delle residenze protette alla normativa vigente. Anni 2010-2013";
- DGRM n. 1729 DEL 29/11/2010 "Approvazione del modello di convenzione tra Azienda sanitaria unica regionale e residenze protette per anziani";
- Determina DG/ASUR n. 143 del 25/02/2011 "DGRM n. 1729 del 29/11/2010 -Recepimento del modello di convenzione e approvazione del piano di convenzionamento con le residenze protette con anziani";
- Determina DG/ASUR n. 473 del 24/05/2011 "Attuazione DGRM n. 1230 del 2/08/2010 e DGRM n. 1729 del 29/11/2010 - Recepimento delle convenzioni stipulate con le strutture afferenti alla Zona Territoriale n. 5 per i posti in residenza protetta";
- Accordo Collettivo Nazionale MMG del 23/03/2005;
- Accordo Integrativo Regionale con i MMG siglato il 29/05/2007, ed in particolare l'art. 15 rubricato "Assistenza Domiciliare Residenziale e sistema della residenzialità";
- DG/ASUR n. 275 del 10/04/2013 "DGRM 1798/12 e DGRM 456/13 – Determinazioni";
- DGRM n. 282 del 10/03/2014 " DGRM1230/10 - Residenze Protette per Anziani: Percorso di allineamento dell'assistenza e delle tariffe anno 2013 e indicazioni operative all'ASUR per il piano di convenzionamento biennio 2013-2014".
- DGRM n. 791 del 30/06/2014 "Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari. Approvazione"
- Nota prot. 733296/14/10/2014 del Dirigente del Servizio Sanità della Regione Marche;
- Determina del Direttore Generale ASUR n. 777 del 17/11/2014 ad oggetto "DGRM 282 del 10/03/2014 - Approvazione del Piano di convenzionamento con le Residenze Protette per anziani biennio 2013 -2014".
- DGRM 1440/2014 "L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi bilanci economici preventivi per l'anno 2015 "
- DGRM 1013 del 08/09/2014 "Modifica alla DGR n. 986 del 07/08/2014 "DGR 1750 del 27/12/2013 L.R. n. 13 del 20/06/2003 - Autorizzazione agli Enti del SSR ed al DIRMT alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci Economici Preventivi per l'anno 2014. - Modificazioni ed Integrazioni";
- Nota ASUR/DG prot. 25450 del 14/11/2014 ad oggetto "DGR 1013/2014" allegato B – applicazione DGR 149/2014 per la parte socio-sanitaria".

## Premessa

Il presente documento istruttorio, stante il contenuto ad un tempo amministrativo e tecnico-sanitario, viene elaborato congiuntamente dalla Direzione Amm.va del Territorio e dal Direttore 5 di Jesi i cui Responsabili sottoscrivono la relativa proposta di determina assumendone la responsabilità nei limiti, per quanto di rispettiva competenza e nella loro precipua qualità.

La presente determinazione viene assunta dal Direttore dell' Area Vasta 2 in virtù di specifica delega al medesimo conferita dal direttore Generale dell'Asur con atto prot. n.639/11/01/2016

## PRESUPPOSTI IN FATTO E IN DIRITTO

La presente Determina viene assunta dal Direttore dell'AV2 giusta delega all'uopo rilasciata dal Direttore dell'Asur con atto n.639 del 11/01/2016. La medesima proposta di Determina è stata inoltre opportunamente inoltrata al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario ed al Direttore dell'Area integrazione Socio Sanitaria dell'ASUR per le valutazioni sotto il profilo sanitario ed amministrativo

come previsto dall'art. 3 del D.L.G.S. 502/92 e s.m.i. - in assenza di osservazioni da parte dei su menzionati Direttori si procede all'adozione della determina nel contenuto medesimo.

La Delibera della Giunta Regionale Marche n°1493 del 27.10.2008, recependo il "Protocollo regionale sulla attuazione degli indirizzi nel settore delle politiche sociali-sanitarie" del 4 giugno 2008 e i relativi "Criteri di ripartizione dei fondi aggiuntivi al budget sulla non autosufficienza", ha assegnato all'ASUR, per l'anno 2008, i 2/12 del Fondo annuale per la non autosufficienza ed ha stabilito di assegnare all'Azienda medesima, in sede di contrattazione del budget 2009, l'intero importo annuale del Fondo pari ad € 6.500.000,00. Segnatamente alla ex Z.T. n. 5 di Jesi, la determina in menzione ha previsto:

- l'assegnazione della quota dei 2/12 del fondo per l'anno 2008 consistente in € 87.248,28 ulteriormente ripartibile in € 81.802,96 per la Residenzialità e in € 5.445,32 per la Domiciliarità;
- l'assegnazione del Fondo medesimo su base annua di € 523.489,66 di cui € 490.817,72 per la Residenzialità e € 32.671,94 per la Domiciliarità.

I fondi per la Residenzialità sono stati finalizzati all'estensione del livello assistenziale di ulteriori posti letto nelle Residenze Protette autorizzate e, hanno garantiscono la copertura economica per ulteriori n. 84 posti letto di R.P., che successivamente il Comitato dei Sindaci dell'Ambito Territoriale di Jesi ha assegnato con Deliberazione n.6 del 20/02/2009, secondo la seguente ripartizione:

- 20 P.L. alla Residenza protetta del Comune di Santa Maria Nuova;
- 20 P.L. alla Residenza protetta delle Opere Pie "G. Spontini" di Maiolati Spontini;
- 20 P.L. alla Residenza protetta degli Istituti Riuniti di Beneficenza "Bernabucci" di Belvedere Ostrense;
- 20 P.L. alla Residenza protetta IPAB "C. Gregorini" di S.Marcello.

Alla luce delle delibere del Comitato dei Sindaci n. 27 del 14/12/2005 e n. 6 del 20/02/2009 la situazione del sistema residenziale per anziani in questo Ambito Territoriale, è rappresentabile nel seguente modo:

- n. **288** posti letto di **Residenzialità Protetta (n. 282 R.P. + 6 p.l. art. 4 comma 2)** convenzionati con questa AV2 secondo la Determina DG/ASUR n. 777/2014 e successiva Determina del DG ASUR 199/2015;
- n. **350** posti letto autorizzati quale **Residenzialità Protetta/C.R.** non coperti dagli atti di convenzione di cui sopra per i quali si prevede l'erogazione, al bisogno, del servizio ADI alla stregua della disciplina contrattuale degli accordi oggetto del presente atto

## **RILEVAZIONE POSTI LETTO CASE DI RIPOSO-ADI-RESIDENZE PROTETTE- AREA VASTA 2**

DISTRETTO JESI	posti letto autorizzati		P.L. convenzionati	P.L. convenzionati (media)
	C.R.	R.P.	R.P.	ADI
Strutture				
ASP9 di Jesi	27	120	103	20
Comune di Apiro	25	0	0	23
Comune di Cingoli	25	20	20	9
Comune di Montecarotto	4	20	20	0
Comune di Morro d'Alba	22	17	0	31
Comune di S. Maria Nuova	10	29	20	6

Comune di Staffolo	3	22	0	18
Fond. "Il Chiostro" di Filottrano	16	51	20	12
Fond. "Verri Bernabucci Amurri" di Belvedere O.	10	32	20	8
Fond. "Papa Giovanni Paolo II" di Cupramontana	10	53	45	11
Fond. "C.Gregorini" di S.Marcello	18	30	20	18
Fond. "Casa Riposo A.Conti" di Mergo	13	30	0	30
Fond. "G. Spontini" di Maiolati Sp.	6	25	20	4
<b>Totale Distretto</b>	<b>189</b>	<b>449</b>	<b>288</b>	<b>190</b>

Rispetto alla situazione sopra rappresentata non sono intervenuti cambiamenti neppure con i recenti atti deliberativi della Giunta Regionale ed in particolare la DGR 1013/2014, in quanto il Distretto di Jesi risulta assegnatario di nuovi posti letto di RP.

Si precisa inoltre quanto segue:

- Nel corso degli anni l'AV2 – Jesi, già Zona Territoriale n. 5 di Jesi, in parallelo con l'intero processo di gestione della non autosufficienza presso le residenzialità protette, ha stipulato atti di intesa con le varie residenzialità per l'erogazione dell'assistenza codificata come ADI in posti letto autorizzati come Casa di Riposo e Residenza Protetta/C.R. ma non "finanziati" attraverso i fondi per la non autosufficienza, in proposito si richiamano i seguenti atti:
  - ✓ anno 2011- determina ex Z.T. n. 704 del 19.09.2011;
  - ✓ anno 2012 – determina ASUR/AV2 n. 1936 del 17/10/2012;
  - ✓ Anno 2013 ASUR/AV2 n. 121 del 27/01/2014;
  - ✓ Anno 2014 ASUR/DG n.364 del 18/05/2015;
- Tale assistenza residenziale viene erogata secondo modalità e procedure conformi a quelle stabilite negli accordi quadro regionali nelle residenzialità protette, ove ritenuto necessario per le condizioni cliniche degli ospiti e sulla base del livello di non autosufficienza valutato dall'UVI;
- Al fine della regolazione dei rapporti con gli Enti gestori di Residenzialità Protette e Case di Riposo per il servizio ADI, gli atti sopra richiamati hanno utilizzato, con gli opportuni adattamenti, lo schema di convenzione tra ASUR e Residenze Protette, tenuto conto di quanto espressamente previsto nel DGRM n. 704/2008 Approvazione del "Modello di convenzione per residenze protette o nuclei di assistenza protetta in case di riposo e dei criteri tariffari in RSA - Modifiche agli allegati A, B e C della DGR n. 323/2005" (successivamente confermata con DGRM 480/2008) *"lo schema di convenzione ...predisposto per le convenzioni tra ASUR e Residenze Protette o nuclei di Residenza Protetta in Casa di Riposo, deve essere utilizzato per tutte le parti compatibili e coerentemente adattato per quelle non pertinenti anche per il convenzionamento dell'ASUR con RSA private e con le Case di Riposo per le prestazioni ADI..."*;
- Successivamente anche la Determina n.360/ASURDG del 15/04/2009 ha previsto la possibilità di adattare coerentemente il modello di convenzione per le Residenze Protette per le prestazioni ADI in Casa di Riposo.
- Nel Distretto n. 5 di Jesi il servizio ADI erogato dal SSR, al di fuori dei moduli autorizzati e/o convenzionati quale Residenza Protetta, non prevede un minutaggio standard correlato ai posti

letto, ma un minutaggio assegnato al singolo ospite dopo valutazione dell'UVI ed in relazione ai bisogni sanitari e assistenziali valutati dallo stesso organismo e quantificati in minuti di assistenza.

- Il servizio ADI oggetto del presente atto viene erogato nel rispetto della capacità ricettiva massima di ciascuna residenzialità per anziani ed entro il tetto di spesa annualmente assegnato a ciascuna struttura.

Il regime assistenziale della domiciliarietà e residenzialità delle cure viene contemplato espressamente nell'art. 53 della ACN per i MMG del 29/07/2009 e s.m.i. e negli artt. 14 e 15 dell'accordo integrativo regionale per i MMG del 29/05/2007.

Invero, l'assistenza domiciliare nei confronti dei pazienti ospiti nelle residenzialità per anziani, rappresenta una modalità di presa in carico degli anziani a livello distrettuale e con il coordinamento del medico di assistenza primaria, finalizzata a livelli di cura appropriati ai bisogni dell'anziano nell'intento di sviluppare un percorso alternativo al ricovero ospedaliero, specie nei casi in cui a patologie cronicodegenerative non si correli una elevata complessità di assistenza sanitaria, tale da giustificare il ricovero ospedaliero.

Richiamati inoltre i seguenti atti:

- ✓ Determina DG/ASUR n. 614 del 28/06/2011 ha provveduto al recepimento, tra l'altro, delle convenzioni stipulate con le strutture afferenti alla ex Zona Territoriale n. 5 per i posti in residenza protetta, nel rispetto del piano di convenzionamento con le residenze protette approvato con determina del direttore generale n. 143 del 25/02/2011 sulla base del modello di convenzione approvato con DGRM n.1729 del 29/11/10 e secondo quanto disposto dalla DGRM n.1230 del 02/08/2010;
- ✓ Determina DG/ASUR n. 777 del 17/11/2014 ha approvato il Piano di convenzionamento con le Residenze Protette per anziani biennio 2013 -2014 tra cui quelle del Distretto 5 di Jesi.
- ✓ Determina DG/ASUR n. 199 del 20/3/2015 di approvazione delle convezioni con le RRPP dell'AV2 per il biennio 2013-2014 in attuazione della DGRM 282/2014 e del Piano di cui alla determina DG/ASUR n. 777 citata;

Per l'anno 2015 è in corso l'istruttoria amministrativa finalizzata alla conclusione degli accordi contrattuali con le Residenzialità Protette pertanto, ad oggi, l'attività assistenziale erogata in forma indiretta presso le varie Residenzialità Protette è stata oggetto di liquidazione a titolo di acconto.

Parimenti, nelle more della formalizzazione degli accordi per le prestazioni ADI, con Determina del Direttore di Area Vasta 2 n.1303/AV2 del 16/10/2015 è stata autorizzata la liquidazione di acconti sull'attività in corso di erogazione nell'anno 2015 da parte delle Strutture Residenziali e tenuto conto delle valutazioni multidisciplinari all'uopo effettuate dalla competente UVI, su richiesta del Medico di Medicina Generale.

La tariffa a rimborso del servizio, in quanto svolto dalle strutture per conto dell'ASUR-AV2, è calcolata in ragione di ogni minuto/giorno di assistenza in analogia al livello di tariffazione delle RP (€ 33,00 a fronte di 100 minuti di assistenza:100': € 33,00= 1': X).

Tenuto conto di quanto sopra e considerato che nell'anno 2015 le residenzialità per anziani hanno continuato ad erogare prestazioni sanitarie ADI (in forma indiretta), liquidate in acconto in corso d'anno con specifica determinazione di autorizzazione del Direttore di Area Vasta 2 , con il presente atto si

propone l'approvazione di n. 12 accordi convenzionali per la disciplina dell'assistenza ADI per pazienti non autosufficienti assistiti nelle Residenzialità per anziani, al di fuori dei posti letto convenzionati.

Vista la determina del DG/ASUR n. 544/2015 con la quale è stato recepito il contenuto della DGRM 1440/2014 con riferimento agli obiettivi sanitari ed economici per l'anno 2015, laddove si prevede una riduzione dei costi gestionali pari allo 0,5% rispetto al budget 2014 e tenuto conto, inoltre, delle conseguenti azioni di razionalizzazione della spesa anno 2015 poste in atto dalla Direzione Generale ASUR con la successiva determina n. 569/2015, che si sostanziano nella riduzione del 5% della spesa inerente l'acquisto di beni e servizi, tra cui quelli a rilevanza sanitaria e socio sanitaria, rapportando l'obiettivo 2015 al periodo residuo dell'esercizio in corso, che nella fattispecie è il III° quadrimestre.

In attuazione dei suddetti indirizzi la Direzione dell'AV 2, con nota prot. 163264 del 03/09/2015 ASURAV2AFFGEN/P, comunicava a tutti gli Enti gestori delle Residenzialità per anziani-Case di Riposo dell'AV2 eroganti prestazioni ADI la riduzione del tetto economico dei contributi ADI per l'anno 2015 pari al 5% del budget/consuntivo liquidato 2014, rapportato al III° quadrimestre.

Gli oneri connessi allo spiegamento dei suddetti rapporti contrattuali sono determinati in complessivi € 459.285,50 (tetto massimo di spesa) e, segnatamente alle singole strutture, è indicata nella tabella allegato n. 13 al presente atto. Tale spesa fa carico al conto 0505050105 "Acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare integrata" del Bilancio 2015 Sezionale Area Vasta 2 – Sede Operativa Jesi e risulta determinata in coerenza con la determina DG ASUR n.569/2015.

Per quanto sopra

#### PROPONE

- 1) Le premesse formano parte integrante e sostanziale del presente atto.
- 2) Approvare, in virtù di specifica delega conferita dal Direttore Generale ASUR con atto n. 639 dell'11/01/2016, le convenzioni con le residenzialità per anziani del Distretto 5 di Jesi per l'erogazione delle prestazioni ADI, anno 2015, secondo gli schemi uniti alla presente quali parti integranti e sostanziali (all.ti 1-12).
- 3) Dare atto che tali accordi sono stati redatti in conformità della DGRM n. 1493 del 27/10/2008, del Decreto del Dirigente del Servizio Salute RM n. 9/S04 del 05/02/2009 e della DGRM 1230/2010.
- 4) Dare atto inoltre che la spesa complessiva scaturente dagli Accordi cui al punto 2. secondo gli importi indicati nella Tabella A (all.to 13), è prevista in complessivi € 459.285,50 con riferimento al conto 0505050105 "Acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare integrata" del Bilancio 2015 / Area Vasta 2 / Jesi.
- 5) Dichiarare che il presente atto non è soggetto al controllo regionale ed è efficace dal giorno della pubblicazione nell'albo pretorio informatico, a norma dell'art.28 della L.R. 26/96, così come sostituito dall'articolo 1 della L.R. 36/2013.
- 6) Trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. 26/96 e s.m.i.

#### Il Responsabile dell'istruttoria amm.va

Donatella Anderlucchi

#### Il Responsabile dell'istruttoria sanitaria

**Dirigente Medico Distretto n. 5 do Jesi**

dr.ssa Gabriella Beccaceci

#### IL Dirigente U.O.S. Strutture Accreditate

dott.ssa Fiammetta Matri

#### Il Dirigente DAT

dott.ssa Chantal Mariani

UOC Distretto 5 di Jesi - Direzione Amm.va Territoriale e

I sottoscritti vista la proposta di provvedimento sopra formulata, esprimono parere favorevole in ordine alla regolarità tecnica e sotto il profilo di legittimità e ne propongono conseguentemente l'adozione al Direttore di Area Vasta.

**U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale**

**Il Dirigente**

dr.ssa Chantal Mariani

**Il Direttore Distretto 5 Jesi**

dott.Giordano Grilli

**- ALLEGATI -**

Allegati n. 13: n. 1-12 atti di convenzione e n. 13 Tabella costi

**Allegato (1)**

**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 2015 .**

**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 Mergo 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 2015;
- 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 AV2

, giusta delega di cui alla Determina n.

**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 Residenza 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 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 "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'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 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 2015 – 31 dicembre 2015, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 93.789,35. 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 2015 al 31 dicembre 2015.

#### **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**

**Il Direttore Area Vasta 2  
Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Allegato (2)**

**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 2015.**

**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 2015;

- 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 AV2 , giusta delega di cui alla Determina n.

**E**

la Fondazione “Gaspare 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 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:

- o soggetti con esiti stabilizzati di vasculopatie cerebrali, per i quali non è richiesto un trattamento riabilitativo di tipo intensivo o estensivo;
- o 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);
- o soggetti affetti da patologie ortopediche/traumatologiche croniche stabilizzate, per i quali non è richiesto un trattamento riabilitativo di tipo intensivo o estensivo;
- o soggetti con deficit cognitivi e patologie neurodegenerative di tipo dementigeno che risultino comunque gestibili in un ambiente a basso carico sanitario;
- o soggetti soli o privi di un valido supporto familiare o sociale con supporto familiare necessitante di sollievo;
- o 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 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 "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 2015 – 31 dicembre 2015, un budget omnnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 2.378,68.

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 2015 al 31 dicembre 2015.

#### **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.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**Fondazione "G. Spontini" Maiolati Spontini  
Il Presidente e Legale Rappresentante**

**Il Direttore Area Vasta 2  
Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Allegato (3)**

### **ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITÀ PER ANZIANI "VITTORIO EMANUELE II" DI JESI- ANNO 2015**

#### **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 Residenza 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 Residenza 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 2015;
- 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 AV2

, giusta delega di cui alla Determina n.

E

La residenza protetta per anziani "Vittorio Emanuele II" di Jesi rappresentata dal Direttore ASP9 \_\_\_\_\_ 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:

- o 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'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 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 2015 – 31 dicembre 2015, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 35.953,62.

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 2015 al 31 dicembre 2015.

#### **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**

**Il Direttore Area Vasta 2  
Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Allegato (4)**

**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 2015 .**

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 2015;
- 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 AV2 , giusta delega di cui alla Determina

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 2015 – 31 dicembre 2015, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 67.214,77. 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 2015 al 31 dicembre 2015.

#### **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'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

**Il Direttore Area Vasta 2**

Ing. Maurizio Bevilacqua

**Allegato (5)**

**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 2015.**

**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 2015;
- 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 AV2 , giusta delega di cui alla Determina

**E**

La Fondazione Giovanni Paolo II di Cupramontana con sede in via Ferranti n. 51, rappresentata da 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 Residenza 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 "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 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 2015 – 31 dicembre 2015 un budget omnicomprendivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 28.489,13. 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 2015 al 31 dicembre 2015.

#### **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**

**Il Direttore Area Vasta 2  
Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Allegato (6)**

**ACCORDO PER LA EROGAZIONE DI PRESTAZIONI DI A.D.I. AD OSPITI NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLA RESIDENZIALITA' PER ANZIANI "CASA DI RIPOSO FOLTRANI – FILATI" DI CINGOLI - ANNO 2015 .**

**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 Cingoli 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 2015;
- 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 AV2 , giusta delega di cui alla Determina n.

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 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 "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 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 venti 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 2015 – 31 dicembre 2015 un budget omnicomprendivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 19.695,18. 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:

- o 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 2015 al 31 dicembre 2015.

#### **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**

**Il Direttore Area Vasta 2**  
**Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Allegato (7)**

### **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 2015 .**

#### **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 Belvedere O. con sede in via Largo Tosi,5 è una struttura 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 O. in data 04/08/2010 n. 1 e per n. 10 p. l. di Casa di Riposo per anziani con autorizzazione del 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 struttura residenziale per anziani di Belvedere Ostrense 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 Belvedere Ostrense 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 2015;
  - 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 AV2 giusta delega di cui alla Determina

E

la struttura residenziale per anziani di Belvedere Ostrense rappresentata dal Presidente pro-tempore ;

### **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 Belvedere O. 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 ultrasessantacinquenni, aventi le seguenti caratteristiche:

- o soggetti con esiti stabilizzati di vasculopatie cerebrali, per i quali non è richiesto un trattamento riabilitativo di tipo intensivo o estensivo;
- o 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 Belvedere O. 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'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 Belvedere Osternse 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 2015 – 31 dicembre 2015 un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 9.795,97. 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 2015 al 31 dicembre 2015.

#### **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 \_\_\_\_\_

#### **Fondazione Opera Pia**

**"Verri-Bernabucci-Uccellini-Amurri" di Belvedere O.**

**Il Presidente / legale rappresentante p.t.**

**Il Direttore Area Vasta 2**

**Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Allegato (8)**

### **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 2015 .**

#### **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 2015;
  - 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 AV2 , giusta delega Determina Direttore Generale ASUR

**E**

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 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 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'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 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 2015 – 31 dicembre 2015, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 49.176,50. 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:

- o 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.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

**Casa di Riposo Comune di Apiro**  
**Il Sindaco**

**Il Direttore Area Vasta 2**  
**Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Allegato (9)**

**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 2015 .**

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 2015;
- 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 AV2 , giusta delega di cui alla Determina n.

### 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 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 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'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 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 2015 – 31 dicembre 2015, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 83.206,72. 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 2015 al 31 dicembre 2015.

#### **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**

**Il Direttore Area Vasta 2  
Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Allegato (10)**

**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 2015.**

**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 2015;
- 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 AV2

, giusta delega di cui alla Determina n.

**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 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 "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 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'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 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 2015 – 31 dicembre 2015, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 22.841,85. 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:

- o 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 2015 al 31 dicembre 2015.

#### **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**

**Il Direttore Area Vasta 2**  
Ing. Maurizio Bevilacqua

**Allegato (11)**

**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 2015.**

**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 2015;
- 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 AV2 , giusta delega Determina Direttore Generale ASUR

**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 Residenza 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 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 "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 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'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 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 2015 – 31 dicembre 2015 un budget omnicomprendivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 18.300,82 (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 2015 al 31 dicembre 2015.

#### **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'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**

**Il Direttore Area Vasta 2**  
**Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Allegato (12)**

### **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 2015**

#### **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 2015;
- 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 AV2

giusta delega di cui alla Determina

**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:

- o soggetti con esiti stabilizzati di vasculopatie cerebrali, per i quali non è richiesto un trattamento riabilitativo di tipo intensivo o estensivo;
- o 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);
- o soggetti affetti da patologie ortopediche/traumatologiche croniche stabilizzate, per i quali non è richiesto un trattamento riabilitativo di tipo intensivo o estensivo;
- o 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 2015 – 31 dicembre 2015, un budget omnicomprensivo ed insuperabile quale tetto massimo di spesa di € 28.442,92. 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 2015 al 31 dicembre 2015.

#### **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' 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**

**Il Direttore Area Vasta 2  
Ing. Maurizio Bevilacqua**

**Allegato (13 - Tabella Costi**

AV2	RESIDENZIALITA'	STANZIAMENTO 2015 EURO
<b>DISTRETTO JESI ADI</b>	Asp Ambito Nove, Casa Riposo di Jesi -	<b>35.953,62</b>
	Comune Di Apiro	<b>49.176,50</b>
	Comune Di Cingoli ( gestione Asp9 )	<b>19.695,18</b>
	Comune di Montecarotto	-
	Comune di Morro D'Alba	<b>83.206,72</b>
	Comune di Santa Maria Nuova	<b>18.300,82</b>
	Comune di Staffolo	<b>28.442,92</b>
	Fondazione "Cesare Gregorini" San Marcello	<b>22.841,85</b>
	Fondazione "Opera Pia A.Conti" Mergo	<b>93.789,35</b>
	Fondazione "Opere Pie Gaspare Spontini" Maiolati Sp.	<b>2.378,68</b>
	Fondazione "Il Chiestro" Filottrano	<b>67.214,77</b>
	Fondazione "O.P. Verri Bernabucci Uccellini Amurri" Belvedere O.	<b>9.795,97</b>
	Fondazione "Papa Giovanni Paolo II" Cupramontana	<b>28.489,13</b>

 Totale € **459.285,50**

