



COMUNE DI BUSSETO

Provincia di Parma

Prot. N.

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE

Copia

N. 34 del 30/06/2005

OGGETTO: APPROVAZIONE “ACCORDO DI PROGRAMMA PER L’INTEGRAZIONE DEI SERVIZI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI FIDENZA”, AI SENSI DELLA L.R.N. 5/94 – TRIENNIO 2005/2007.

L'anno **duemilacinque**, addì **trenta** de
Consiliare del Palazzo Comunale
e dallo Statuto, si è riunito sotto la presidenza del **Dr. Luca Laurini** il Consiglio Comunale.

N.	Cognome e Nome	P	A	N.	Cognome e Nome	P	A
1	LAURINI Dr. Luca	SI		10	PASSERA Maurizio	SI	
2	TOSCANI Barbara	SI		11	DIONI Michele	SI	
3	BENASSI Sergio	SI		12	DALLEDONNE Pierangelo	SI	
4	TESTA Gilberto	SI		13	RAMPONI Emanuela		SI
5	PERACCHI Nara	SI		14	CIPELLI Gianfranco		SI
6	BELTRAMI Paolo	SI		15	MICHELAZZI Lamberto		SI
7	FRATTI Salima		SI	16	CONCARINI Roberto		SI
8	VIGEVANI Maura	SI		17	GOTTI Afro	SI	
9	TALIGNANI Carla		SI				
PRESENTI:				ASSENTI:			
11				6			

Partecipa il Segretario Comunale **Granelli Dr.ssa Roberta**

Il Presidente, riconosciuta legale l'adunanza, dichiara aperta la seduta ed invita il Consiglio a trattare l'argomento di cui in oggetto.

O G G E T T O :

**APPROVAZIONE “ACCORDO DI PROGRAMMA
L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NEL**

5/94 – TRIENNIO 2005/2007.

IL CONSIGLIO COMUNALE

Alle ore 17,07 rientra in aula il Consigliere Gotti.

Alle ore 17.11 esce dall'aula il Consigliere Fratti.

Rispetto, quindi, all'appello iniziale di n. 11 (undici) Consiglieri e dopo l'entrata dei Consiglieri Fratti (ore 15.45), Michelazzi (ore 15.48), Ramponi (ore 15.50) al punto 2) dell'Odg e del Consigliere Talignani (ore 16.07) al punto 3) dell'Odg, sono presenti alla votazione del punto 5) dell'Odg di cui all'oggetto n. 14 (quattordici) componenti il Consiglio Comunale. Assenti i Consiglieri Cipelli, Concarini, Fratti.

P R E M E S S O che ai sensi della L.R. n. 5/94 il Sindaco del Comune sede di Distretto, al fine di ottenere la massima integrazione tra i servizi sociali e sanitari a favore delle persone anziane, promuove la conclusione di accordi di programma tra tutti i soggetti interessati;

PRESO ATTO che con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda USL di Parma n. 844 dell'11 novembre 2000 è stato rideterminato, a seguito del superamento del Distretto Bassa Parmense, il Distretto di Fidenza così che, a partire dall'1 gennaio 2001, lo stesso risulta composto dai seguenti tredici Comuni: Fidenza, Busseto, Fontenellato, Fontevivo, Noceto, Polesine Parmense, Roccabianca, Salsomaggiore Terme, San Secondo Parmense, Sissa, Soragna, Trecasali e Zibello;

RICHIAMATA la propria precedente deliberazione n. 15 dell'11 aprile 2002, esecutiva ai sensi di legge, con la quale il Comune di Busseto approvava il precedente analogo Accordo di programma per le prestazioni di servizi sociali e sanitari ad anziani del Distretto di Fidenza ai sensi della L.R. n. 5/94, con validità per il triennio 2002/2004;

D A T O A T T O che il sopracitato Accordo di programma ha pertanto cessato la sua efficacia il 31 dicembre 2004;

C O N S I D E R A T O che il Comitato dell'accordo di programma distrettuale, tenutosi a Fidenza il 6 aprile 2005, ha esaminato ed approvato lo schema del nuovo Accordo di programma triennale, predisposto da un gruppo di lavoro all'uopo costituito e allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale;

PRESO ATTO:

- che l'Accordo di programma pone tra i suoi obiettivi:

- a) il sostegno e l'incremento della rete dei servizi sociali e sanitari in risposta alla globalità dei bisogni della persona anziana,
- b) il consolidamento del Servizio Assistenza Anziani (S.A.A.), prevedendo che le risorse da destinare al funzionamento dello stesso e i relativi criteri di ripartizione

vengano stabiliti secondo programmi annuali,

c) la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita, sostituendo e favorendo progetti innovativi di sostegno alla domiciliarità,

d) la conferma dell'utilizzo dell'Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) come organismo tecnico deputato a svolgere funzioni di carattere valutativo finalizzate ad ottimizzare la coerenza tra bisogno, domanda e risposta assistenziale;

- che nell'ambito dell'accordo vengono definiti ruolo, funzioni e modalità organizzative degli organismi tecnico-operativi, ovvero del S.A.A. e dell'U.V.G., nonché delle figure professionali coinvolte nei percorsi assistenziali socio-sanitari, cioè dell'assistente sociale responsabile del caso, i medici di medicina generale, l'infermiera professionale del servizio infermieristico domiciliare e il responsabile organizzativo dell'assistenza domiciliare,
- che l'accordo definisce la rete dei servizi, costituita da case protette, centri diurni e servizi di assistenza domiciliare,
- che il riparto dei costi di funzionamento del S.A.A. distrettuale è stato stabilito nel seguente modo: 80% a carico dei Comuni in proporzione alla popolazione anziana ultrasettantacinquenne alla data dell'1 gennaio dell'anno precedente all'esercizio di funzionamento e 20% a carico delle case protette in proporzione al numero dei posti convenzionati con l'Azienda USL di Parma alla data dell'1 gennaio dell'anno precedente all'esercizio di funzionamento;
- che l'efficacia dell'accordo di programma decorre dalla data di sottoscrizione ed ha validità triennale;

VISTA la nota inoltrata dal Comune di Fidenza, acquisita al Prot. Generale dell'Ente al n. 657 in data 17/1/2005, avente per oggetto: "Costi di previsione spese di funzionamento Servizio Assistenza Anziani distrettuale, anno 2005", da cui si evince che la quota a carico del Comune di Busseto per il funzionamento del S.A.A. distrettuale per l'anno 2005 è pari ad Euro 5.877,93;

DATO ATTO che la somma di Euro 5.877,93 è stata all'uopo prevista sul Bilancio 2005 all'intervento 1.10.0405;

RITENUTO, pertanto, di approvare l'accordo di programma per l'integrazione dei servizi per la popolazione anziana nel territorio del Distretto di Fidenza tra i Comuni di Fidenza, Busseto, Fontenellato, Fontevivo, Noceto, Roccabianca, Salsomaggiore Terme, San Secondo Parmense, Sissa, Soragna, Trecasali, l'Unione Civica "Terre del Po" costituita dai Comuni di Polesine Parmense e Zibello, le I.P.A.B. "A. Pallavicino" di Busseto, "Città di Fidenza" di Fidenza, "L. Peracchi" di Fontanellato, "Pavesi-Borsi" di Noceto, "Casa per anziani don Gottofredi" di Roccabianca, "T. Sbruzzi" di San Secondo Parmense, "don Prandocchi-Cavalli" di Sissa, "Ospedale civile Dagnini" di Zibello e la Parrocchia di San Michele arcangelo di Trecasali che gestisce la casa protetta "Villa Gay-Corradi" di Trecasali e l'Azienda USL di Parma – Distretto di Fidenza;

RILEVATO che il Responsabile dei Servizi alla Persona Dr.ssa Roberta Curtarelli, in ordine alla regolarità tecnica, ai sensi dell'art. 49 del D. Lvo 18.08.2000 n. 267 e s.m., ha espresso il seguente parere: **FAVOREVOLE**;

RILEVATO che il Responsabile dei Servizi Finanziari Dr.ssa Elena Stellati, in ordine alla regolarità contabile, ai sensi dell'art. 49 del D. Lvo 18.08.2000 n. 267 e s.m., ha espresso il seguente parere: **FAVOREVOLE**;

S E N T I T O l'intervento dell'Assessore ai Servizi Sociali , Sig.ra Barbara Toscani che illustra brevemente il contenuto della proposta di deliberazione inerente quanto in oggetto, come da verbale di seduta;

U D I T I, in proposito, i commenti e le osservazioni critiche dei Consiglieri intervenuti alla discussione, come da verbale di seduta;

SENTITA la dichiarazione di voto contraria espressa dal Consigliere Michelazzi :"
Sono contrario ad accordi così complessi e vasti. Questa è Sanità dei burocrati e non dei cittadini. Al cittadino bisogna semplificare le cose . I cittadini sono alla mercè dei dirigenti e dei burucrati sanitari. I cittadini non sono contenti dello stato della Sanità della Provincia e della Regione. Il lamento dei cittadini deve essere portato in alto da chi li rappresenta e l'Amministrazione deve almeno farsi carico di questo."

Con voti favorevoli n.11 (Maggioranza- assente il Consigliere Fratti), contrari n.3 (Opposizione: Gotti,Michelazzi,Ramponi- assenti i Consiglieri Cipelli, Concarini),nessun astenuto, resi in forma palese ai sensi di legge da n. 14 Consiglieri presenti e votanti,

DELIBERA

1) di approvare l'Accordo di programma per l'integrazione dei servizi per la popolazione anziana nel territorio del Distretto di Fidenza, ai sensi della L.R. n. 5/94, nel testo allegato al presente atto per costituirne parte integrante e sostanziale:

- All. "A";

2) di autorizzare

3) di prendere atto che l'efficacia dello stesso ha decorrenza dal 1° gennaio 2005 con validità triennale, fino al 31 dicembre 2007;

4) di dare atto che la quota a carico del Comune di Busseto per il funzionamento del S.A.A. distrettuale per l'anno 2005, pari ad Euro 5.877,93 è stata prevista all'intervento 1.10.0405 del corrente bilancio di previsione;

5) di trasmettere copia del presente atto al Comune di Fidenza;

6) di demandare al Responsabile dell'Area Servizi alla Persona ogni necessario adempimento conseguente all'approvazione della presente deliberazione;

7) di dare atto che sulla proposta della presente deliberazione sono stati acquisiti i pareri prescritti dall'art. 49, comma 1, del D. Lgs.vo n. 267/2000 e s. m.;

Successivamente

IL CONSIGLIO COMUNALE

ravvisata l'urgenza di provvedere in merito, con separata votazione, **con voti favorevoli n.11 (Maggioranza- assente il Consigliere Fratti), contrari n.3 (Opposizione: Gotti,Michelazzi,Ramponi- assenti i Consiglieri Cipelli, Concarini),nessun astenuto, resi in forma palese ai sensi di legge da n. 14 Consiglieri presenti e votanti,**

DELIBERA

di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile ai sensi dell'art. 134, comma 4, del D: Lgs.vo n. 267/2000 e s. m..

1

ALLEGATO "a"

Atto C.C. n. 34 del 30/06/2005

ACCORDO DI PROGRAMMA PER L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI FIDENZA.

Indice

Legenda	pag. 4
1. Enti sottoscrittori	pag. 5
2. Premessa	pag. 8
2.1 Riferimenti normativi	pag.
8	

Parte prima - Principi generali

Art. 1 Finalità dell'Accordo	pag. 10
Art. 2 Obiettivi generali	pag. 11
Art. 3 Azioni positive e strumenti per evitare l'emarginazione e l'esclusione degli anziani dal contesto sociale di riferimento	pag. 13
Art. 4 Rete dei servizi sanitari integrati	pag. 14
Art. 5 I destinatari degli interventi compresi nell'Accordo di Programma	Pag.
15	
Art. 6 Comitato per l'attuazione dell'Accordo di Programma	Pag. 16
Art. 7 Funzioni del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma	Pag.
18	
Art. 8 Compiti e funzioni del Presidente-Delegato del Comitato per l'attuazione dell'Accordo di Programma	Pag.
19	

Parte seconda - Servizio Assistenza Anziani

Art. 9 Definizione del Servizio Assistenza Anziani (S.A.A.)	Pag. 20
Art. 10 Finalità del Servizio Assistenza Anziani	Pag. 21
Art. 11 Assetto organizzativo del S.A.A	Pag. 23
Art. 12 Risorse del Servizio Assistenza Anziani distrettuale	Pag. 26

Parte terza - Strumenti operativi

Art. 13 Premessa: la funzione di valutazione	Pag.
27	
Art. 14 Nuclei delle Cure Primarie (N.C.P.)	Pag. 28
Art. 15 L'Assistente Sociale Responsabile del Caso	Pag. 29
Art. 16 Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.)	Pag. 31
Art. 17 I Medici di Medicina Generale (M.M.G.)	Pag. 32
Art. 18 L'Infermiere Professionale del Servizio Infermieristico Domiciliare	Pag. 33
Art. 19 Il Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare (R.O.A.D.)	Pag. 34
Art. 20 Il Coordinamento dell'Attività Medica nelle Strutture Residenziale	Pag. 35
Art. 21 Coordinamento Distrettuale delle Attività Sanitarie	Pag. 36

Parte quarta - Servizi della rete

Art. 22 Accesso alla rete dei servizi	Pag. 37
Art. 23 Attivazione di interventi in forma congiunta	Pag. 38
Art. 24 Casa Protetta	Pag. 39
Art. 25 Appartamenti/ Alloggi protetti	Pag. 40
Art. 26 Centro Diurno	Pag. 41
Art. 27 Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)	Pag. 42
Art. 28 Assegno di Cura	Pag. 43

Parte quinta - Elementi innovativi dell'offerta di SERVIZI

Art. 29	Pag. 44
---------	---------

Parte sesta - Norme transitorie e finali

Art. 30 Oneri	Pag. 45
Art. 31 Durata dell'Accordo di Programma	Pag. 46
Art. 32 Estensione dell'Accordo di Programma	Pag. 47
Art. 33 Recesso dall'Accordo di Programma	Pag. 48
Art. 34 Risoluzione di controversie	Pag. 49

Allegati

Allegato A - "Quadro di sintesi sulla rete distrettuale dei servizi
Sociosanitari-assistenziali"

Allegato B - "Protocolli".

Legenda

A.U.S.L.	Azienda Unità Sanitaria Locale	
C.D.	Centro Diurno	
C.P.	Casa Protetta	
D.G.R.	Delibera Giunta Regionale	
D.M.	Decreto Ministeriale	
D.S.M.	Dipartimento Salute Mentale	
E.I.D.	Equipe Infermieristica Domiciliare	
F.S.R.	Fondo Sanitario Regionale	
I.P.A.B.	Istituto Pubblico Assistenza e Beneficenza	
L.R.	Legge Regionale	
M.M.G.	Medico di Medicina Generale	
N.C.P.	Nucleo delle Cure Primarie	
OOSS	Organizzazioni Sindacali	
P.A.I.	Piano Assistenziale Individualizzato	
R . O . A . D .	Responsabile Organizzativo	Assistenza
Domiciliare R.S.A.	Residenza Sanitaria Assistenziale	
S.A.A.	Servizio Assistenza Anziani	
S.A.D.	Servizio Assistenza Domiciliare	
Ser.T.	Servizio Tossicodipendenze	
SSR	Sistema Sanitario Regionale	
ss. mm. ed ii.	sue modifiche ed integrazioni	
U.V.G.	Unità Valutazione Geriatrica	

ACCORDO DI PROGRAMMA PER L'INTEGRAZIONE DEI SERVIZI PER LA POPOLAZIONE ANZIANA

Fra i Comuni di:

F i d e n z a, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Rag. Giuseppe Cerri, nato in Alseno (PC) il 03.01.1944, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/__;

Busseto, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Dott. Luca Laurini, nato in Parma il 10.08.1962, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/__;

Fontanellato, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Dr.ssa Maria Grazia Guareschi, nata in Parma il 20.05.1965, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. _____ del __/__/__;

Fontevivo, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Sig. Massimiliano Grassi, nato in Parma il 01.02.1970, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/__;

Noceto, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Dott. Fabio Fecci, nato in Fidenza (Pr) il 26.04.1965, agente in esecuzione della deliberazione della Giunta Comunale n. __ del __/__/__;

Roccabianca, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Rag. Giorgio Quarantelli, nato in Roccabianca (Pr) il 17.03.1947, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/__;

Salsomaggiore Terme, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Sig. Giuseppe Franchi, nato in Fiorenzuola D'Arda (Pc) il 25.05.1939, in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/__;

San Secondo Parmense, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Rag. Roberto Bernardini, nato in San Secondo P.se (Pr) il 21.07.1971, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/__;

Sissa, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Dr.ssa Angela Fornia, nata in Roccabianca (Pr) il 30.09.1949, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/__;

Soragna, rappresentato dal Sindaco pro-tempore Dott. Roberto Garbi, nato in Soragna (Pr) il 06.01.1965, agente in esecuzione

della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/__;

T r e c a s a l i, rappresentato dal Sindaco pro-tempore dott. Nicola Bernardi, nato in Parma il 26.04.1969, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/__;

Unione Civica "Terre del Po", rappresentata dal Presidente pro-tempore Arch. Andrea Censi, nato in Piacenza il 29.11.1973, agente in esecuzione della deliberazione del Consiglio Comunale n. __ del __/__/__;

l' Azienda USL di Parma, rappresentata dal Direttore del Distretto di Fidenza pro-tempore Dr.ssa Maria Rosa Salati, nata in Parma il 27.05.1956, in esecuzione della deliberazione, esecutiva, del Direttore Generale n. __ del __/__/__;

Gli Enti gestori:

IPAB "A. Pallavicino" di Busseto, rappresentato dal Presidente Pro-tempore Sig. Angelo Caffarra, nato in Busseto (Pr) il 24.11.1941, in esecuzione della deliberazione n. __ del __/__/__;

IPAB "Città di Fidenza" di Fidenza, rappresentato dal Presidente pro-tempore Sig. Tommaso Lombardi, nato in Cagnano Varano (FG) il 18.03.1965, in esecuzione della deliberazione n. __ del __/__/__;

IPAB "Lorenzo Peracchi" di Fontanellato, rappresentato dal Presidente pro-tempore Sig.ra Maria Grazia Bia, nata in Fidenza (Pr) il 26.10.1943, in esecuzione della deliberazione N. __ del __/__/__;

IPAB "Pavesi - Borsi" di Noceto, rappresentato dal Presidente pro-tempore Sig. Franco Corradi, nato in Noceto (Pr) il 27.02.1942, in esecuzione della deliberazione n. __ del __/__/__;

IPAB "Casa per anziani Don Domenico Gottofredi" di Roccabianca, rappresentato dal Presidente pro-tempore Sig. Gino Lottici, nato in Roccabianca (Pr) il 10.11.1934, in esecuzione della deliberazione n. __ del __/__/__;

IPAB "Tommasina Sbruzzi" di San Secondo Parmense, rappresentato dal Presidente Pro-tempore Sig.ra Diva Pattini, nata in San Secondo P.se (Pr) il 01.09.1946, in esecuzione della deliberazione n. __ del __/__/__;

IPAB "Don Prandocchi - Cavalli" di Sissa, rappresentato dal Presidente Pro-tempore Rag. Danilo Ranieri, nato in Sissa (Pr) il 12.09.1958, in esecuzione della deliberazione n. __ del __/__/__;

IPAB "Ospedale Civile Dagnini" di Zibello, rappresentato dal Presidente Pro - tempore Sig. Amilcare Guelfi, nato in Zibello (Pr) il 25.07.1944, in esecuzione della deliberazione n. ____ del ____/____/____;

e

La Parrocchia di San Michele Arcangelo che gestisce la Casa Protetta "Villa Gay Corradi" di Trecasali nella persona del Presidente Pro - tempore Don Firmino Mora, nato in Montechiarugolo (Pr) il 12.04.1920, con adesione prot. n° ____ del ____/____/____;

si stipula

Il seguente Accordo di Programma, a norma dell'art. 34 del D.Lgs. 18 agosto 2000 n. 267 e dell'art. 14 della L.r. 3 febbraio 1994, n. 5, per coordinare ed integrare i servizi sociali e sanitari a favore delle persone anziane del Distretto di Fidenza.

1. Premessa

1.1. Riferimenti normativi essenziali

- 1) la **Legge quadro 8 novembre 2000, n. 328**. per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- 2) la **Legge Regionale 12 marzo 2003, n. 2** "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali";
- 3) la **Legge Regionale 03/02/1994 n. 5** "Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore di anziani non autosufficienti";
- 4) **La Legge 27/12/1983 n. 730** in particolare là dove pone a carico del Fondo Sanitario Nazionale gli oneri delle attività a rilievo sanitario connesse con quelle socio- assistenziali;
- 5) la **Legge Regionale 12/10/1998 n. 34** "Norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del DPR 14/01/1997";
- 6) la **L. R. 21/04/1999 n. 3, e ss. mm. ed ii.**, "Riforma del sistema regionale locale";
- 7) la **D.G.R. 08/02/1999 n. 124** "Criteri per la riorganizzazione delle cure domiciliari";
- 8) la Direttiva Regionale approvata con **D.G.R. 17/07/1986 n. 1637** "Direttiva regionale per l'identificazione degli interventi socio-assistenziali a carico del bilancio sociale e degli interventi sociali a rilievo sanitario a carico del Fondo Sanitario Nazionale";
- 9) la **D.G.R. 28/07/1997 n. 1455** "Direttiva per i criteri di organizzazione e finanziamento delle funzioni di lungodegenza post-acuzie e riabilitazione estensiva nell'ambito della rimodulazione dell'assistenza ospedaliera nelle Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna";
- 10) la **D.G.R. 26/07/1999 n. 1377, e ss. mm. ed ii.** "Direttiva sui criteri, modalità e procedure per la contribuzione alle famiglie disponibili a mantenere l'anziano non autosufficiente nel proprio contesto";
- 11) la **D.G.R. 26/07/1999 n. 1378** "Direttiva per l'integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati socio-sanitari di cui all'articolo 20 della L. R. 5/1994";
- 12) la **D.G.R. 26/07/1999 n. 1379** "Adeguamento degli strumenti previsti dalla L. R. 5/1994 in attuazione del Piano Sanitario Regionale con particolare riferimento alla semplificazione degli accessi ed al rapporto con i cittadini";
- 13) la **D.G.R. 1.3.2000, n. 564** "Direttiva Regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di AIDS in attuazione della L.R. 12.10.1998, n. 34";
- 14) la **D.G.R. 1 marzo 2000, n. 456** "La rete delle cure palliative";
- 15) il **D.Lgs. 18.08.2000 n. 267, art. 34** che riconosce al

Sindaco la facoltà di promuovere la conclusione di un Accordo di Programma per la definizione e l'attuazione di opere, di interventi o di programmi di intervento che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di Comuni, Province e Regioni, di Amministrazioni statali e di altri soggetti pubblici o comunque tra due o più tra i soggetti predetti.

Al presente documento vengono inseriti n. 2 allegati con la seguente dicitura:

Allegato A "Quadro di sintesi sulla rete distrettuale dei servizi sociosanitari-assistenziali";

Allegato B "Protocolli".

PARTE PRIMA

PRINCIPI GENERALI

ARTICOLO 1

Finalità dell'accordo di programma

Il presente Accordo rappresenta lo strumento specifico per assicurare, in termini programmatici, attraverso l'allocazione delle risorse e la gestione degli accessi, la massima integrazione tra i servizi sociali e sanitari per tutelare le persone anziane e gli adulti non autosufficienti, a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche.

ARTICOLO 2

Obiettivi generali

L'Accordo di Programma si pone, come obiettivo principale, l'esercizio comune ed integrato di funzioni la cui titolarità rimane in capo ad ogni singola Amministrazione contraente.

Nel rispetto della normativa vigente in materia, ciò significa:

- a) promuovere l'ulteriore sostegno e l'incremento della rete integrata dei servizi socio sanitari in risposta alla globalità dei bisogni della persona anziana;
- b) definire gli obiettivi, i programmi di medio periodo, i modi e gli strumenti di comunicazione, i tempi e gli strumenti di verifica per realizzare la progressiva ed uniforme estensione sul territorio di un sistema integrato di prestazioni socio sanitarie differenziate, di gestione della valutazione della domanda e di accesso alla rete stessa;
- c) consolidare il Servizio Assistenza Anziani, adeguando l'organizzazione ed il modello gestionale dell'ufficio, secondo programmi annuali e pluriennali che stabiliscano le risorse da destinare alle attività del S.A.A. e i criteri di ripartizione tra gli Enti aderenti;
- d) confermare l'utilizzo dell'U.V.G., come strumento tecnico deputato a svolgere funzioni di carattere valutativo multidimensionale, finalizzate ad ottimizzare la coerenza tra bisogno, domanda e risposta assistenziale ed a potenziare la funzione di supporto e qualificazione della rete dei servizi;
- e) garantire l'attuazione e l'efficacia degli interventi previsti dai programmi assistenziali individualizzati attraverso il "Responsabile del Caso";
- f) favorire la permanenza dell'anziano nel proprio ambiente di vita, utilizzando e potenziando le risorse disponibili, attuando progetti innovativi di sostegno alla domiciliarità;
- g) confermare su tutto il territorio del Distretto il servizio di Assistenza Domiciliare;

h) superare i singoli punti di accesso alla rete dei servizi socio sanitari, nel rispetto dei principi di semplificazione, mediante la creazione di Sportelli Unici ai sensi della normativa vigente;

i) definire, in modo condiviso con tutti gli Enti aderenti, strumenti e tempi di verifica degli obiettivi consequenti alla identificazione di indicatori, a carattere quali-quantitativo.

j) promuovere lo sviluppo e l'estensione dei servizi di telesoccorso, telecontrollo, taxi sociale ed altre possibili esperienze pilota a sostegno delle persone anziane.

ARTICOLO 3

Azioni positive e

strumenti per evitare l'emarginazione e l'esclusione

degli anziani dal contesto sociale di riferimento.

Nello spirito della legislazione regionale, i soggetti contraenti il presente Accordo si impegnano a formulare un programma di lavoro finalizzato alla predisposizione di azioni positive, di progettazioni urbanistiche e residenziali, di attività turistico-ricreative, di servizi: ciò al fine di mantenere, il più a lungo possibile, l'anziano nel proprio contesto sociale. Sarà compito del S.A.A., in collaborazione con i soggetti del III settore e delle organizzazioni sindacali, formulare tale piano programmatico di lavoro.

Articolo 4

Rete dei servizi socio

sanitari integrati

Il presente Accordo coinvolge i seguenti servizi:

• **i servizi comunali di Assistenza anziani:**

- 1) servizi di assistenza domiciliare (S.A.D.);
- 2) centri semiresidenziali;
- 3) centri residenziali;
- 4)) comunità alloggio, appartamenti/a tipologie di strutture innovative che si renderanno progressivamente disponibili;
- 5) trasporti sociali;
- 6) telesoccorso e telecontrollo.

• **i servizi sanitari dell'Azienda U.S.L.:**

- 1) Dipartimento delle Cure Primarie che mette a disposizione:
 - equipe infermieristica domiciliare (E.I.D.);
 - assistenza medica di base;
 - assistenza specialistica e riabilitativa;
 - assistenza farmaceutica e protesica;
 - trasporti sanitari, secondo le norme vigenti A.U.S.L.;
 - posti riservati di sollievo di natura sanitaria collocati prioritariamente presso strutture residenziali aderenti all'Accordo;
 - posti di Hospice territoriale, come definiti dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria su proposta dell'Azienda USL.
- 2) Presidio Ospedaliero di Fidenza e San Secondo.
- 3) Posti, riservati a cittadini residenti nel Distretto, collocati presso la Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A. situata nel distretto Sud-Est).
- 4) Consultorio per i Disturbi Cognitivi del Distretto di Fidenza.
- 5) Assegni di cura.
- 6) Assistenza invalidi Civili.

• **le II.PP.AA.BB. e le strutture distrettuali**, convenzionate con l'Azienda USL, che gestiscono posti di accoglienza presso le Case Protette.

Articolo 5

I destinatari degli interventi compresi nell'Accordo di Programma

I destinatari delle prestazioni e dei servizi ricompresi nel presente Accordo sono gli anziani e gli adulti non autosufficienti, a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche, e le loro famiglie residenti e domiciliati nel territorio del Distretto che, sulla base di un piano assistenziale personalizzato (P.A.I.), sono assistiti dalla rete dei servizi socio - sanitari.

ARTICOLO 6

Comitato per l'Attuazione

dell'Accordo di Programma

1. Gli Enti sottoscrittori del presente Accordo di Programma costituiscono il Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma.

2. Esso è composto da:

a) i Sindaci dei Comuni di: Busseto, Fidenza, Fontanellato, Fontevivo, Noceto, Roccabianca, Salsomaggiore Terme, San Secondo Parmense, Sissa, Soragna, Trecasali, il Presidente dell'Unione civica "Terre del Po" o i loro delegati;

b) i Presidenti delle II.PP.AA.BB. e Case Protette distrettuali, o i loro delegati, aderenti all'Accordo;

c) il Direttore pro-tempore del Distretto di Fidenza della AUSL di Parma o un suo delegato.

3. Il Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma è presieduto da uno dei membri di provenienza elettiva nominato da tutti i membri firmatari o loro delegati, in seduta plenaria, tramite voto segreto e con la maggioranza qualificata dei voti ed assume l'incarico di Presidente - Delegato per i rapporti con il S.A.A..

4. Il Comitato di cui al comma 3 si riunisce, di norma, presso il Comune di Fidenza.

5. Il Comitato stesso è convocato dal Presidente - Delegato almeno due volte l'anno, in seduta ordinaria, per l'approvazione dei piani di lavoro annuali e pluriennali, per la verifica del lavoro svolto, per la valutazione e l'approvazione del budget annuale e degli investimenti richiesti dal funzionamento e rafforzamento della rete dei servizi.

6. Il Comitato è inoltre convocato, in seduta straordinaria, dal suo Presidente ognqualvolta se ne riscontrerà la necessità.

7. Sono valide le sedute che si svolgono alla presenza di almeno il 50 % + 1 dei membri aventi diritto; sono valide le deliberazioni assunte dalla maggioranza dei 2/3 dei presenti.

8. Le deliberazioni assunte sono vincolanti per tutti i soggetti aderenti all'Accordo.

9. I componenti del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma relazionano periodicamente agli organi degli Enti di appartenenza sui programmi e sui risultati dell'Accordo di Programma.

10. Alle riunioni del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma, che sono pubbliche, partecipano, inoltre, il Responsabile del S.A.A. ed il Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie Distrettuale, senza diritto di voto.

11. Il Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma potrà avvalersi, per le istruttorie relative ai propri compiti istituzionali, di apposite commissioni tecniche nominate all'uopo

dallo stesso Comitato con le modalità deliberative di cui ai commi 7 ed 8 del presente articolo.

ARTICOLO 7

FUNZIONI DEL COMITATO PER L'ATTUAZIONE DELL'ACCORDO DI PROGRAMMA

Le funzioni del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma sono le seguenti:

- a) indirizzo, programmazione, pianificazione e controllo, nonché vigilanza sull'esecuzione dell'Accordo di Programma;
- b) controllo della operatività del S.A.A. sul piano politico/strategico ed emanazione delle relative linee di indirizzo;
- c) definizione delle risorse e delle condizioni (di personale, spazi e strumenti ivi compreso il sistema informativo) necessarie per l'attuazione degli interventi programmati e pianificati, con individuazione del dettaglio degli oneri a carico di ciascun soggetto aderente all'Accordo nel rispetto della normativa regionale e locale vigente;
- d) promozione dello sviluppo quali-quantitativo dei servizi gestiti dagli Enti firmatari sulla base di indicazioni tecniche fornite dal S.A.A. e verifica della disponibilità delle risorse necessarie;
- e) sostegno e facilitazione di modalità di relazione e collaborazione tra Servizi ed Istituzioni coinvolti secondo un'ottica di rete e di reciprocità nella logica della integrazione interistituzionale ed operativa;
- f) promozione e sostegno a sperimentazioni ed innovazioni organizzative e di servizio in ordine a nuove tipologie di risposta e di modelli operativi da attivare sulla base delle evidenze provenienti dai singoli servizi o dalle loro modalità relazionali di rapporto reciproco ed integrato;
- g) approvazione di linee di guida e protocolli per le intese con gli Enti gestori di Presidi socio - sanitari e Servizi, definendone a priori i criteri ispiratori;
- h) valutazione dei risultati raggiunti dagli organismi tecnici messi a disposizione dagli Enti firmatari dell'Accordo, dei risultati ottenuti in termini di salute della popolazione destinataria, degli accordi stipulati con erogatori di servizi, compresi negli strumenti dell'Accordo di Programma stesso;
- i) esame e valutazione del programma annuale di attività del S.A.A.;
- j) confronto con le Organizzazioni Sindacali dei Pensionati;
- k) definizione di linee guida che il S.A.A. distrettuale dovrà utilizzare per l'elaborazione di graduatorie di accesso ai servizi della rete.

ARTICOLO 8

Compiti e funzioni del Presidente - Delegato del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma

Il Presidente, di cui al comma 3 art. 6 del presente Accordo, dura in carica per il tempo di validità dell'Accordo stesso, salvo decadenza dalla funzione elettiva nell'ente di appartenenza.

Egli ha il compito di:

- a) convocare le sedute del Comitato secondo un regolamento che egli stesso propone entro la III seduta, dal momento della sua elezione;
- b) presiederne lo svolgimento o delegarlo in caso di sua assenza;
- c) rappresentare il Comitato nelle occasioni e nei luoghi istituzionali di rappresentanza o, qualora fosse deputato a farlo espressamente, per conto del Comitato stesso;
- d) curare i rapporti con i vari soggetti firmatari dell'Accordo raccogliendo, eventualmente, le istanze e le richieste di inserimento di punti nell'ordine del giorno delle varie sedute;
- e) curare i rapporti con le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e degli utenti;
- f) mantenere i rapporti con il Responsabile del Servizio Assistenza Anziani e con le eventuali articolazioni distrettuali dell'Azienda USL;
- g) fungere da interfaccia tra il Comitato ed il Responsabile del S.A.A..

PARTE SECONDA

SERVIZIO ASSISTENZA ANZIANI

Articolo 9

Definizione del Servizio Assistenza Anziani (S.A.A.)

1. Il Servizio Assistenza Anziani del Distretto è l'organismo tecnico-operativo dell'Accordo di Programma che, in diretto riferimento al medesimo, ha la responsabilità di garantire l'operatività delle linee di indirizzo e di programmazione espresse dal Comitato stesso, di garantire il coordinamento e l'integrazione delle funzioni, sanitarie e sociali, a favore dei destinatari dell'Accordo di Programma;
2. il S.A.A. rappresenta il punto di riferimento nel quale giunge, sia da parte degli operatori del territorio e quindi delle istituzioni, sia da parte dei cittadini, la domanda di accesso alle prestazioni e ai servizi ricompresi nella rete;
3. al S.A.A. viene riconosciuto il compito di promuovere e stimolare la realizzazione dei programmi concordati e, in caso di inadempienze o ritardi, di sollecitare l'intervento dei Responsabili degli Enti e/o del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma;
4. il funzionamento del S.A.A. è assicurato dalle risorse economiche e dal personale messo a disposizione dai Comuni, dall'Azienda USL e dalle Case Protette (II.PP.AA.BB e privato convenzionato);
5. svolge funzioni di segretariato per l'Unità di Valutazione Geriatrica;
6. la sede distrettuale del S.A.A. viene individuata presso i locali del Comune di Fidenza, siti in Via Berenini, 151, a Fidenza.

Articolo 10

Finalità del Servizio Assistenza Anziani

Le finalità del S.A.A., ai sensi della L.R. 5/94 e della D.G.R. 1379/99 e ss. mm ed ii., sono:

- a) garantire la valutazione del bisogno della popolazione anziana non autosufficiente o a rischio di non autosufficienza, al fine di massimizzare la coerenza tra domanda ed offerta di servizi;
- b) garantire il coordinato ed imparziale utilizzo della rete, attraverso la gestione degli accessi tenuto conto delle disponibilità esistenti e delle opzioni del cittadino; a tal fine occorre garantire un sistema di accesso alla rete dei servizi unificato in modo da rendere disponibile un effettivo sistema a rete, equo ed articolato sul territorio, che realizzi l'unicità dell'accesso;
- c) ottimizzare la qualità degli interventi definendo, in modo condiviso, percorsi semplici che evitino ridondanze e tempi massimi per valutazione e per presa in carico;
- d) realizzare, congiuntamente con il Distretto, il collegamento operativo e le sinergie professionali fra i servizi socio - sanitari integrati, i servizi sanitari del Distretto e del Presidio Ospedaliero di riferimento, al fine di assicurare continuità assistenziale e di cura e appropriata corrispondenza tra bisogni valutati e servizi attivati;
- e) monitorare la domanda attuale e potenziale della popolazione anziana residente per offrire indicazioni e progettare - ipotizzare strumenti utili alla programmazione territoriale ed alla corretta allocazione delle risorse oltre che monitorare i tempi di attesa tra attività del S.A.A., valutazione, accesso e fruizione alle diverse tipologie dei servizi;
- f) adottare strumenti di comunicazione condivisi tra i diversi attori del sistema e con l'anziano e/o i familiari;
- g) raccogliere ed elaborare dati informativi sul bisogno, sulla domanda, sulle attività dell'U.V.G. e dei servizi della rete ed in generale sui servizi per gli anziani presenti sul territorio distrettuale;
- h) realizzare programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni anche assicurando la consulenza ai servizi;
- i) svolgere attività di informazione sui servizi esistenti, sulle modalità ed i criteri di accesso e di funzionamento anche tramite l'utilizzo dei mezzi di comunicazione che possono essere attivati direttamente o attraverso le opportunità fornite dagli Enti firmatari;
- j) promuovere ed organizzare, in collaborazione con gli Enti istituzionalmente preposti, le attività di aggiornamento e di formazione del personale della rete e dei caregivers, le attività di sostegno alle famiglie, mediante l'attivazione di consulenze

psicologiche, assistenziali, giuridico-legali, e mediante la promozione ed il sostegno di gruppi di auto-aiuto;

k) proporre metodologie di individuazione dei criteri uniformi (indicatori del comfort alberghiero, dei livelli di assistenza superiori ai minimi, della qualità assistenziale complessiva) al fine di permettere la definizione dei valori medi dei costi a carico degli anziani ed in base ai quali prevedere una percentuale di oscillazione ritenuta congrua in base alle specificità territoriali;

l) promuovere accordi e confronti periodici con le Associazioni di Volontariato impegnate nell'assistenza agli anziani, nonché con le OOSS rappresentative degli anziani;

m) promuovere ed organizzare, in accordo con il Distretto, le campagne di informazione ed educazione alla salute rivolta alla popolazione anziana ed alle famiglie;

n) interagire con i S.A.A. degli altri Distretti attivi nell'ambito del territorio provinciale, al fine di scambiare informazioni e di sviluppare forme di collaborazione sovradistrettuali.

Articolo 11

Assetto organizzativo del S.A.A.

Il S.A.A. si articola in due livelli:

- I. uno centralizzato dove si realizza la programmazione e il coordinamento tra i diversi servizi;
- II. uno decentrato, più propriamente operativo, che si realizza nell'attività diretta di contatto con l'utenza in tutti i punti di offerta dei servizi sociali e sanitari.

Il Servizio Assistenza Anziani decentrato per il suo funzionamento si avvale del personale e degli assetti organizzativi dei comuni, i quali saranno integrati da quelli sanitari ai sensi della L.R. 5/94.

I compiti principali del Servizio Assistenza Anziani decentrato, espletati dall'Assistente Sociale Responsabile del Caso, sono:

- accoglienza e valutazione di pertinenza della domanda;
- prima valutazione della richiesta ed individuazione della risposta appropriata in tutte quelle situazioni di esclusiva competenza del servizio anziani ed a bassa complessità per la quale il S.A.A. decentrato stesso sarà in rapporto integrato di lavoro con gli operatori sanitari e medici facenti capo ai Nuclei delle Cure Primarie afferenti al Dipartimento delle Cure Primarie distrettuale;
- segnalazione al S.A.A. centrale, per l'attivazione dell'U.V.G., delle situazioni ad elevata complessità ed a rilievo sanitario e sociale.

A. Ufficio di coordinamento

Per il funzionamento del S.A.A. centralizzato e per attuare le linee direttive del presente Accordo, viene istituito il l'Ufficio di Coordinamento del S.A.A., così composto:

- il Responsabile del S.A.A.;
- il funzionario responsabile del Servizio Sociale del comune capo distretto;
- il Direttore del Dipartimento delle Cure Primarie distrettuale o un suo delegato;
- un rappresentante dei Medici di Medicina Generale;
- gli Assistenti Sociali dei Comuni, singoli o associati;
- i componenti dell'U.V.G.;
- il Coordinatore dei Medici di Diagnosi e Cura delle Case Protette;
- il Coordinatore distrettuale delle attività sanitarie delle Case Protette;
- i Coordinatori socio assistenziali delle strutture residenziali per anziani del Distretto;
- il referente dell'Ufficio di Piano;
- il Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero di Fidenza - San Secondo Parmense o suo delegato.

A seconda degli argomenti all'ordine del giorno dei lavori dell' Ufficio di Coordinamento stesso, potranno essere invitati esperti, collaboratori o comunque figure professionali ritenute utili per i lavori stessi.

- L'Ufficio di Coordinamento è convocato dal Responsabile del S.A.A. e si incontra, in seduta plenaria, almeno due volte l'anno per la predisposizione del piano di lavoro annuale e per la presentazione del consuntivo dell'attività annuale.
- Inoltre può essere convocato su richiesta del Delegato del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma o sulla base di richieste specifiche e motivate che saranno comunque poste al vaglio del Delegato stesso.
- All'interno dell'Ufficio di Coordinamento si potranno, a seconda delle varie esigenze di lavoro, comporre gruppi o sottogruppi, ristretti e specifici, per competenze e professionalità, con il compito di istruire o sintetizzare elementi di carattere progettuale o di verifica.
- Le modalità di incontro e la cadenza vengono previste da apposito Regolamento.

B. Responsabile S.A.A.

- a) Il Responsabile del S.A.A. deve garantire una funzione autonoma del Servizio, dipendendo esclusivamente dal Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma ed acquisendo autonomia dall'eventuale soggetto istituzionale di provenienza e risponde in prima istanza al Presidente - Delegato del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma.
- b) Ha funzioni di pianificazione e programmazione operativa, coordinamento e verifica delle attività del servizio.
- c) Assume la responsabilità, in via delegata, delle risorse anche prevedendo l'attivazione dei contratti per l'erogazione degli Assegni di Cura e di altre eventuali risorse assegnate.
- d) Cura le relazioni, anche in collaborazione con il Delegato del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma, tra il livello politico-amministrativo ed il livello tecnico-operativo dei servizi, avendo il compito di:
 - riferire periodicamente al Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma sull'andamento dei servizi anche segnalando eventuali mancate o difformi applicazioni di azioni previste nel programma annuale, evidenziando le specifiche motivazioni e responsabilità;
 - sottoporre alla valutazione ed approvazione del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma i piani di lavoro e di sviluppo elaborati dagli organismi del S.A.A. sopraccitati;
 - tradurre operativamente le linee strategiche generali;
 - coordinare l'attività del gruppo degli operatori designati, nonché di sovrintendere alla corretta gestione delle risorse assegnate rispetto alle quali dovrà relazionare al Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma.
- e) Il Responsabile S.A.A. è nominato, su base fiduciaria, dal Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma, dura in carica, di norma, per la durata di validità dell'Accordo di Programma, salvo revoca motivata. Deve essere in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente per l'accesso a qualifiche tecniche di Responsabilità dei Servizi Sociali negli Enti Locali con esperienza nella gestione dei servizi socio sanitari e del lavoro di rete.

Articolo 12

RISORSE del Servizio Assistenza Anziani Distrettuale

1. Per la durata del presente Accordo di Programma l'organico di base, salvo la possibilità e necessità di procedere ad integrazioni e modifiche derivanti da comprovate esigenze di carattere organizzativo e funzionale, assegnato al S.A.A. Distrettuale è così composto:

- 2.n. 1 Responsabile S.A.A. per un impegno settimanale di 36 ore;
- 3.n. 2 figure amministrative a tempo pieno.

PARTE TERZA

STRUMENTI OPERATIVI

Articolo 13

Premessa: la funzione di valutazione

La valutazione multidimensionale dell'anziano comporta la definizione, per ciascuno, di un Piano Assistenziale Personalizzato o Individualizzato (P.A.I.) che, considerata la situazione contingente di non autosufficienza, garantisca la migliore qualità di vita, acquisito il consenso informato, rispetto delle attese e dei desideri dell'anziano e della sua famiglia.

La finalità principale della valutazione è quella di avvicinare la cura, e quindi la risposta, ai bisogni del singolo anziano e della sua famiglia ed è pertanto orientata alla predisposizione, attuazione e verifica di un piano di assistenza personalizzato finalizzato a massimizzare la coerenza fra domanda e risposta assistenziale.

La funzione di valutazione, inoltre, contribuisce a creare un osservatorio privilegiato atto a fornire un quadro della complessiva situazione socio sanitaria della popolazione anziana e dei suoi effettivi bisogni. Ciò può essere oltremodo utile al fine di garantire una operatività basata sull'integrazione con il S.A.A. che permetta al medesimo di studiare ed approntare proposte di linee di indirizzo e programmazione e pianificazione di carattere innovativo improntate dalla conoscenza in tempo reale dei bisogni emergenti.

La attività di valutazione può essere svolta:

- a livello del Nucleo di Cure Primarie da parte dei professionisti che in tale articolazione funzionale della rete operano (Assistente Sociale Responsabile del Caso , Medico di Medicina Generale, operatori sanitari dell'Azienda USL).
- a livello centralizzato (definibile come II livello di complessità) da parte dell'Unità di Valutazione Geriatrica in collaborazione con le altre figure (M.M.G. ed Assistente Sociale per le funzioni delegate e/o Responsabile del Caso) .

Articolo 14

Nuclei delle Cure Primarie (N.C.P.)

1. Nel Distretto di Fidenza, sulla base di criteri demografici e sociali sono stati attivati e sono attualmente operativi i seguenti N.C.P. che erogano ai cittadini il complesso delle cure primarie:

- N.C.P. di Fidenza
- N.C.P. di Salsomaggiore Terme
- N.C.P. di Noceto
- N.C.P. di Fontanellato (comuni di Fontanellato, Fontevivo e Soragna)
- N.C.P. di Busseto (comuni di Busseto, Polesine Parmense e Zibello)
- N.C.P. di San Secondo Parmense (comuni di San Secondo Parmense, Roccabianca, Trecasali e Sissa)

2. I Nuclei delle Cure Primarie sono composti dai Medici di Medicina Generale, dai Pediatri di libera scelta **e** dagli altri operatori professionali che sono: assistente sanitaria, infermiere professionale, farmacista, assistente sociale, educatore professionale, addetto all'assistenza di base, ostetrica, terapista della riabilitazione. Essi operano su progetti o programmi definiti e per specifici piani assistenziali. A livello del N.C.P. si realizza, pertanto, l'integrazione professionale e operativa delle diverse figure, indipendentemente e nel rispetto delle strutture organizzative di appartenenza, siano esse articolazioni del SSR o dei Comuni.

Articolo 15

L'assistente sociale responsabile del caso

1. E' funzione prevista dalle normative vigenti ed è chiamata ad accompagnare l'anziano, la sua famiglia e gli eventuali altri caregivers lungo l'intero percorso assistenziale, attivando i ruoli, gli organismi ed i servizi necessari per la valutazione e la gestione della domanda e la eventuale gestione della risposta di cura erogata.

2. Tramite la propria attività il "Responsabile del Caso" concorre al perseguitamento delle finalità proprie del S.A.A. ed in particolare per:

- a) monitorare la domanda attuale e potenziale della popolazione anziana residente per offrire indicazioni alla programmazione territoriale ed alla corretta allocazione delle risorse;
- b) segnalare le priorità dei programmi di controllo sul funzionamento della rete e di verifica della qualità delle prestazioni e dei servizi erogati;
- c) garantire l'informazione sui servizi esistenti sul territorio, sulle modalità e sui criteri di accesso;
- d) segnalare i bisogni di aggiornamento che emergono come prioritari dal costante rapporto con i servizi della rete, con una attenzione particolare ai bisogni degli anziani e delle loro famiglie.

3. Inoltre il "Responsabile del Caso" ha uno specifico ruolo per:

- a) garantire la coerenza fra bisogni, domanda ed offerta dei servizi all'assistito, attraverso l'attivazione delle relazioni con l'anziano e la famiglia, la valutazione di primo livello congiuntamente con le altre figure professionali coinvolte, la partecipazione al programma di assistenza, l'accesso ai servizi (in caso di bisogni non complessi e di immediata accessibilità) o l'attivazione degli organismi di valutazione di livello più complesso, la verifica dell'attuazione degli interventi previsti dai P.A.I., la proposta di rivalutazione da parte dell'U.V.G. e l'adeguamento dei piani di assistenza personalizzati in relazione ai mutati bisogni dell'anziano;
- b) garantire integrazione con i ruoli professionali coinvolti, a seconda della complessità del caso;
- c) mantenere e sviluppare relazioni professionali ed operative con i servizi della rete integrata socio sanitaria e con i servizi sanitari al fine di incrementare la continuità nell'azione di assistenza agli anziani ed alle famiglie.

4. Il "Responsabile del Caso" è chiamato ad assumere un rilevante

ruolo nella prima valutazione della domanda in particolare in considerazione del processo di semplificazione delle procedure burocratiche, amministrative ed assistenziali.

Articolo 16

Unità di valutazione geriatrica (U.V.G.)

1. L'U.V.G. è una articolazione dell'Azienda USL, afferente al Dipartimento delle Cure Primarie. L'U.V.G. viene messa a disposizione del S.A.A. quale strumento tecnico, in attesa dei documenti applicativi della L.R. 2/03., al fine di valutare i bisogni socio-assistenziali degli anziani non autosufficienti o a rischio di non autosufficienza e degli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche.

2. L'attivazione dell'U.V.G consente, in accordo con il S.A.A., l'accesso e l'utilizzo della rete dei servizi socio-sanitari quali: Casa Protetta (C.P.), Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.), Assegno di Cura, Centro Diurno (C.D.) e del Servizio di Assistenza Domiciliare (S.A.D.)

3. L'U.V.G. definisce per ciascun anziano, previa raccolta del consenso informato e con l'eventuale coinvolgimento della famiglia, il Piano Assistenziale personalizzato, in raccordo con il Medico di Medicina Generale e/o con l'Assistente Sociale Responsabile del Caso in tutte quelle situazioni in cui per particolare complessità del caso l'U.V.G.. ne richieda l'intervento diretto. In relazione alla richiesta, l'U.V.G. può essere integrata da altre competenze mediche specialistiche messe a disposizione all'occorrenza dal Dipartimento delle Cure Primarie e/o da altre articolazioni dell'A.usl.

4. L'U.V.G. si raccorda con l'Unità Operativa Ospedaliera per le dimissioni protette. Definisce per ciascuno anziano il Piano Assistenziale Individualizzato sulla base di una valutazione multidimensionale, in collaborazione con il Medico di Medicina Generale e l'Assistente Responsabile del Caso, al fine di garantire la continuità assistenziale. Per i pazienti che devono essere dimessi da strutture Ospedaliere extra distretto le dimissioni devono essere inviate al S.A.A. che provvederà ad attivare le U.V.G. di competenza.

5. L'U.V.G. concorda con il S.A.A. le eventuali diverse destinazioni dell'anziano nella rete dei servizi sulla base della revisione periodica dei Piani Assistenziali Individualizzati e tenuto conto dell'evoluzione del bisogno.

6. L'U.V.G. provvede alla certificazione di non autosufficienza della persona anziana e degli adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche.

7. L'U.V.G. fornisce consulenza specialistica e supporto decisionale ai Medici di Medicina Generale.

8. Svolge funzioni di supporto e qualificazione dei servizi della rete tramite la diffusione di un corretto approccio geriatrico e gerontologico favorendo la adozione di linee di guida o raccomandazioni assistenziali

Articolo 17

I Medici di Medicina Generale

1. Il presente Accordo di Programma prende atto dei contenuti dell' Accordo Collettivo Nazionale dei Medici di Medicina Generale e degli accordi decentrati regionali e locali tra le rappresentanze sindacali dei Medici di Medicina Generale e la Regione Emilia Romagna e l'Azienda USL di Parma.
2. Il Medico di Medicina Generale (M.M.G.), nelle cui liste di convenzione l'assistito è iscritto, è il responsabile terapeutico.
3. Il M.M.G. si integra con l'Assistente Sociale Comunale Responsabile del Caso e con tutte le figure professionali comprese nell'organizzazione dei Nuclei delle Cure Primarie afferenti al Dipartimento delle Cure Primarie distrettuale.
4. Il ruolo del Medico di Medicina Generale si attua attraverso:
 - a.l'assunzione della responsabilità complessiva in ordine alla tutela della salute degli assistiti che si estrinseca in compiti diagnostici, terapeutici, riabilitativi, preventivi e di educazione sanitaria;
 - b. la predisposizione dell'inquadramento clinico dell'anziano e, in collaborazione con le altre figure professionali che egli ritenesse necessarie, il relativo progetto assistenziale;
 - c. la partecipazione agli incontri con gli Operatori sociali e sanitari del Nucleo di Cure Primarie al fine di assicurare la valutazione multidimensionale dell'anziano, programmare, attuare e verificare i P.A.I. ed evidenziare le criticità emergenti;
 - d. la partecipazione alle iniziative di aggiornamento specifico sui temi concernenti l'assistenza agli anziani, nell'ambito dei programmi promossi dal S.A.A.;
 - e. la partecipazione all'attività di informazione, formazione e consulenza nei confronti dei familiari degli anziani;
 - f. la assunzione della responsabilità del caso nell'assistenza domiciliare ad alta intensità sanitaria, nei casi di dimissioni protette e nei casi di suoi assistiti ospitati in "posti sollievo" messi a disposizione dalla rete e in Hospice.

Articolo 18

L'InfermierE Professionale del Servizio Infermieristico Domiciliare

1. L'Infermiere Professionale del Servizio Infermieristico Domiciliare, figura fornita alla rete dei servizi dal Dipartimento delle Cure Primarie Distrettuale, è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

2. Le principali funzioni dell'Infermiere Professionale, ai sensi del D.M. 739/94 e della D.G.R. 124/99 sono:

- a. partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività anche con obiettivi di educazione sanitaria e prevenzione;
- b. identificare i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formulare i relativi obiettivi nei confronti del singolo assistito in ogni Piano Assistenziale Individualizzato;
- c. pianificare, gestire e valutare, individualmente e/o in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali, l'intervento assistenziale infermieristico;
- d. garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e. avvalersi, per l'espletamento delle funzioni, dell'opera del personale di supporto;
- f. assumere la responsabilità del caso nell'assistenza domiciliare a media intensità sanitaria.

Articolo 19

Il Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare (R.O.A.D.)

1. Il Responsabile Organizzativo dell'Assistenza Domiciliare è figura fornita alla rete dei servizi dal Dipartimento delle Cure Primarie Distrettuale

2. Assicura l'organizzazione della erogazione delle cure domiciliari sanitarie, perseguiendo la continuità assistenziale e l'integrazione tra professionisti e la qualità degli interventi in ottemperanza ai contenuti della mansioni di committenza contenute nel Programma delle Attività Territoriali formulato dal Direttore del Distretto, utilizzando ove possibile gli strumenti del governo clinico.

3. Le principali funzioni del R.O.A.D., ai sensi della D.G.R. 124/99, sono:

a. concordare con il responsabile del Dipartimento delle Cure Primarie le risorse necessarie per le attività assistenziali;

b. pianificare con i Nuclei delle Cure Primarie, l'attività in relazione ai bisogni rilevati e le risorse disponibili e predisporre con loro le verifiche della rispondenza dell'attività agli obiettivi prefissati;

c. garantire l'integrazione con le unità operative distrettuali, ospedaliere, degli Enti locali ed assicurare l'organizzazione delle cure domiciliari all'interno di percorsi strutturati;

d. attivare e garantire l'applicazione degli specifici protocolli operativi concordati con i M.M.G. e con il S.A.A.;

e. garantire corretta attuazione della componente infermieristica e specialistica dei P.A.I. anche attraverso il coinvolgimento dei professionisti sulla base della efficacia, efficienza, appropriatezza degli interventi;

f. promuovere momenti formativi rivolti ai componenti dei Nuclei delle Cure Primarie;

g. promuovere forme di trasmissione delle informazioni a tutti i soggetti che interagiscono con lo Sportello Unico per l'accesso.

ARTICOLO 20

IL COORDINAMENTO DELL'ATTIVITA' MEDICA NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Come previsto dalla D.G.R. 1378/99, l'Azienda USL, al fine di promuovere il coordinamento e la qualificazione dell'assistenza medica nelle strutture residenziali, individua nell'ambito del distretto ed in relazione al numero delle strutture e dei posti disponibili, almeno un medico responsabile del coordinamento dell'attività medica nelle strutture residenziali.

Il responsabile medico di distretto delle strutture residenziali, in costante rapporto con il S.A.A.:

- a) promuove e realizza linee di guida diagnostiche, terapeutiche e riabilitative per le patologie prevalenti;
- b) definisce percorsi specialistici integrati con i presidi ospedalieri ed i poliambulatori specialistici;
- c) si collega con il competente servizio dell'AUSL in merito alle attività di vigilanza igienico-sanitaria e all'adozione di eventuali misure di prevenzione;
- d) verifica l'appropriatezza dell'assistenza sanitaria erogata globalmente.

ARTICOLO 21

COORDINAMENTO DISTRETTUALE DELLE ATTIVITA' SANITARIE

Il Coordinamento delle Attività Sanitarie è funzione prevista dalla D.G.R. 1378/1999 e si estrinseca attraverso il governo qualitativo dell'assistenza e il coordinamento tecnico-professionale dell'assistenza infermieristica.

Il Coordinamento delle Attività sanitarie, che include anche il Coordinamento Tecnico Professionale dell'Assistenza Infermieristica, prevede:

- a) il coordinamento organizzativo delle attività sanitarie;
- b) il coordinamento del personale infermieristico e riabilitativo;
- c) l'individuazione delle soluzioni logistiche e delle modalità organizzative per l'effettuazione delle visite specialistiche;
- d) la promozione di incontri di verifica dell'attività svolta;
- e) la promozione di progetti di valutazione sulla qualità dell'assistenza;
- f) la partecipazione alla elaborazione di linee di guida e raccomandazioni diagnostiche ed assistenziali.

Il Coordinamento Tecnico Professionale dell'Assistenza Infermieristica implica un livello di responsabilità a carico dei Distretti e si esprime attraverso il governo della qualità dell'assistenza infermieristica.

A livello distrettuale è previsto un unico coordinamento affidato a personale di dirigenza infermieristica, pur non escludendo la possibilità, qualora venisse avanzata la proposta, di propendere per le diverse opzioni previste dalla normativa vigente.

PARTE QUARTA

SERVIZI DELLA RETE

Articolo 22

Accesso alla rete dei servizi

1. Accedono alla rete dei servizi i soggetti aventi titolo, residenti nel Distretto, secondo quanto previsto dal presente Accordo di Programma nei successivi articoli.

2. In subordine, per le persone non residenti nel Distretto ma residenti in ambito regionale secondo le seguenti procedure:

a) per le strutture residenziali, case protette e R.S.A., l' Assistente Sociale Responsabile del Caso del comune di domicilio dell'anziano trasmette la domanda di valutazione all'U.V.G. del Distretto. L'U.V.G. distrettuale effettua la valutazione e la trasmette all'U.V.G. di residenza per l'autorizzazione al ricovero.

b) per le strutture semiresidenziali, centri diurni, l' Assistente Sociale Responsabile del Caso del Comune di domicilio dell'anziano trasmette la domanda di valutazione all'U.V.G. del Distretto. L'U.V.G. distrettuale effettua la valutazione e la trasmette all'U.V.G. di residenza per l'autorizzazione all'accesso al servizio.

c) per i servizi territoriali, S.A.D., l' Assistente Sociale Responsabile del Caso del comune di domicilio dell'anziano trasmette la domanda di valutazione all'U.V.G. del Distretto. L'U.V.G. distrettuale effettua la valutazione e la trasmette all'U.V.G. di residenza per l'autorizzazione all'accesso al servizio.

d) per gli assegni di cura i destinatari dell'intervento di contribuzione sono:

- le famiglie che nel territorio regionale mantengono l'anziano certificato non autosufficiente nel proprio contesto;
- Le famiglie che, in attuazione delle finalità indicate dal comma 1° comma dell'art. 13 della L.R. 5/94 accolgono nel proprio ambito l'anziano solo;
- l'anziano stesso quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- l'amministratore di sostegno.

Il contributo è erogato dal Distretto di residenza dell'anziano secondo le normative vigenti.

Articolo 23

Attivazione di interventi in forma congiunta

1. La elaborazione di progetti a favore di anziani non autosufficienti, o di adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche, che presentano problematiche afferenti a più servizi (D.S.M., Ser.T.) deve essere affrontata, valutata e gestita congiuntamente fra i servizi interessati.
2. Opportune sedi di valutazione pluridisciplinare rispetto a situazioni multiproblematiche saranno, di volta in volta, predisposte a cura dell'U.V.G. che risulterà quindi integrata dalle competenze specialistiche ritenute necessarie per una gestione appropriata del caso.

Articolo 24

Casa protetta

- 1.La casa protetta, ai sensi delle disposizioni di cui alla D.G.R. 564/2000, è una struttura socio-sanitaria a carattere residenziale, destinata ad accogliere, temporaneamente o permanentemente, anziani non assistibili nel proprio ambiente familiare, non autosufficienti di grado medio ed elevato, che non necessitino di specifiche prestazioni ospedaliere.
- 2.Gli oneri a rilievo sanitario per gli anziani non autosufficienti ospiti di strutture residenziali sono definiti dalla D.G.R. 1378/99, c.3 art. 4, e ss. mm ed ii., e correlati alla intensità di cura necessaria ad assicurare idonee risposte assistenziali.
- 3.In base alla classificazione degli ospiti di ogni struttura, l' Azienda USL determina l'onere a rilievo sanitario medio di struttura mediante media ponderata e concorda con l'Ente gestore il livello minimo di servizi e i parametri di qualità correlati, che lo stesso si impegna ad erogare.
- 4.In relazione ai posti autorizzati nel complesso delle strutture convenzionate presenti sul territorio distrettuale, viene previsto il rispetto di appositi protocolli per l'accesso predisposti dal S.A.A., ratificati ed approvati dal Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma.
- 5.Sulla base della valutazione multidimensionale si determina la posizione dell'anziano per l'accesso alle singole case protette, salvo i casi di urgenza per i quali vige una gestione della domanda su base distrettuale.
- 6.L'autorizzazione amministrativa all'inserimento è rilasciata dal S.A.A. su disposizione dell'U.V.G. ,sulla base di protocolli già approvati, previa autorizzazione del Comune di residenza e con dichiarazione di espresso accolto dei relativi oneri, nei casi previsti dalla legge e dai regolamenti dei rispettivi Enti Locali, qualora l'anziano ed i suoi familiari non siano in grado di far fronte autonomamente alla retta prevista.
- 7.I rapporti di carattere giuridico-economico e di carattere qualitativo dei servizi sono regolati da apposite convenzioni stipulate fra l'Azienda USL ed ogni singolo Ente gestore.

ARTICOLO 25

APPARTAMENTI/ALLOGGI PROTETTI

1. Gli appartamenti protetti si caratterizzano come unità abitative indipendenti per persone singole o per coppie, aggregati in modo da consentire ai residenti la eventuale fruizione di servizi collettivi e spazi comuni (sala da pranzo, soggiorno, lavanderia ecc.) e provvisti di una sorveglianza continua sulle 24 ore attuata in modo autonomo o tramite collegamento diretto con altre tipologie di servizi comunitari (Casa Protetta, R.S.A.).

Progettati e attrezzati in modo da garantire la massima conservazione delle capacità e dell'autonomia della persona, la tutela della privacy, il mantenimento dei rapporti familiari e amicali, la conservazione delle abitudini e degli interessi di vita, gli alloggi protetti si pongono l'obiettivo di evitare il più possibile l'istituzionalizzazione dell'anziano.

2. Destinatari degli appartamenti protetti sono gli anziani in condizioni di ridotta autonomia ai quali possa essere garantita l'attuazione del Piano Assistenziale proposto dall'U.V.G. attraverso l'utilizzo coerente ed integrato delle risorse interne ed esterne.

3. Il percorso viene attivato su proposta dell'Assistente Sociale Responsabile del Caso del comune, la quale inoltra la domanda al S.A.A. al fine di attivare la valutazione dell'U.V.G.

4. L'accesso agli appartamenti protetti sarà gestito dal S.A.A. centrale, garantendo l'accesso prioritario ai residenti del comune in cui sono ubicati gli alloggi, attraverso la predisposizione di appositi protocolli.

5. Gli eventuali oneri derivanti da prestazioni socio-assistenziali da imputare al Fondo Sanitario Regionale relativamente ai posti, eventualmente, convenzionati e da corrispondere all'Ente gestore saranno definiti in sede di Comitato di Distretto secondo quanto previsto dall'art. 51 della L.R. n. 27 del 23.12.2004.

Articolo 26

Centro diurno

1. Il centro diurno, ai sensi delle disposizioni di cui alla D.G.R. 564/2000, è una struttura semiresidenziale socio-sanitaria destinata ad anziani con diverso grado di non autosufficienza che ha tra le proprie finalità quella di offrire un sostegno ed un aiuto all'anziano ed ai suoi caregivers ed il potenziare, mantenere e/o compensare abilità e competenze relative alla sfera dell'autonomia, dell'identità e dell'orientamento spazio temporale, della relazione interpersonale e della socializzazione.

2. Gli oneri derivanti da prestazioni socio-assistenziali da imputare al Fondo Sanitario Regionale relativamente ai posti convenzionati e da corrispondere all'Ente che gestisce il servizio sono individuati ai sensi del comma 2 dell'art. 4 della D.G.R. 1378/99 e successive modifiche ed integrazioni.

3. Gli oneri vengono riconosciuti anche per gli utenti inseriti a tempo parziale (presenza al mattino o al pomeriggio secondo quanto stabilito nelle diverse convenzioni tra l'azienda USL e gli enti gestori delle rispettive strutture) se certificati non autosufficienti e dotati di un P.A.I. flessibile, concordato con il M.M.G. ed i familiari, fino a completa copertura dei posti convenzionati.

4. Le Aziende USL assicurano un'assistenza infermieristica e riabilitativa in relazione a quanto previsto nei Piani Individuali di Assistenza.

5. I rapporti di carattere giuridico-economico e di carattere qualitativo dei servizi sono regolati da apposite convenzioni stipulate fra l'Azienda USL ed ogni singolo Ente gestore.

Articolo 27

Servizio di assistenza domiciliare (S.A.D.)

1. Il Servizio di Assistenza Domiciliare dei Comuni è un servizio della rete che eroga prestazioni assistenziali sociali ed a rilievo sanitario ad anziani non autosufficienti e ad adulti non autosufficienti a causa di forme morbose equiparabili a quelle geriatriche favorendo la permanenza al domicilio della persona ed il sostegno della famiglia.

2. Gli oneri derivanti da prestazioni socio-assistenziali da imputare al Fondo Sanitario Regionale e da corrispondere all'Ente che gestisce il servizio sono determinati ai sensi del comma 1 dell'art. 4 della D.G.R. 1378/99 e ss. mm ed ii..

3. In caso di mancato utilizzo da parte di un Comune di tutti i posti attribuiti, il S.A.A. distrettuale provvederà a verificare la possibilità di attribuire i contributi relativi agli altri Comuni.

4. I rapporti di carattere giuridico-economico e di carattere qualitativo dei servizi sono regolati da apposite convenzioni stipulate fra l'Azienda USL ed ogni singolo Ente gestore.

Articolo 28

Assegno di cura

1. L'assegno di cura, ai sensi della D.G.R. 1377/99 e ss. mm ed ii., è un intervento di contribuzione economica del quale sono destinatari le famiglie che nel territorio regionale mantengono l'anziano valutato non autosufficiente nel proprio contesto e che ad esso garantiscono direttamente, o avvalendosi per alcune attività dell'intervento di altre persone non appartenenti al nucleo familiare, prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario, nell'ambito di un complessivo programma di assistenza domiciliare integrata, definito dall'Unità di Valutazione Geriatrica.

Alle stesse condizioni sono destinatari del contributo economico:

- Le famiglie che, in attuazione delle finalità indicate dal 1° comma dell'art. 13 della L.R. 5/94 accolgono nel proprio ambito l'anziano solo;
- Altri soggetti che con l'anziano mantengono consolidati e verificabili rapporti di cura anche se non legati da vincoli familiari;
- L'anziano stesso quando sia in grado di determinare e gestire le decisioni che riguardano la propria assistenza e la propria vita;
- L'amministratore di sostegno, come da finalità previste dalla legge n. 6 del 9 gennaio 2004.

2. Il contributo è erogato dal Distretto di residenza dell'anziano. 3. L'entità del contributo economico, ai sensi della D.G.R. 2686/04 è in relazione alla gravità della condizione di non autosufficienza dell'anziano, alle sue necessità assistenziali ed alle attività socio-assistenziali di rilievo sanitario che la famiglia e/o i soggetti indicati al precedente punto 1 si impegnano a garantire.

4. Le risorse disponibili a livello distrettuale sono a carico del Fondo Sanitario Regionale e possono essere integrate, sulla base di specifici progetti finalizzati, dagli altri soggetti sottoscrittori dell'Accordo;

5. Il regolamento per l'erogazione degli Assegni di Cura, all'interno delle linee di guida di carattere aziendale, è proposto, a cura del S.A.A., al Comitato per l'attuazione dell'Accordo di Programma che ne ratifica ed approva la adozione e le sue eventuali modificazioni.

PARTE QUINTA

ELEMENTI INNOVATIVI DELL'OFFERTA DI SERVIZI

Articolo 29

Sulla base di progetti e realizzazioni di forme assistenziali innovative derivanti da modificazioni della normativa regionale e locale, dalle loro applicazioni correlate al bisogno emergente e corrispondenti alle necessità nuove degli anziani e dei loro caregivers, sarà possibile l'attivazione ed il correlato convenzionamento, entro parametri e modalità standard da definirsi di volta in volta all'interno del Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma, tenuto conto della programmazione determinata dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria e delle risorse disponibili.

PARTE SESTA

NORME TRANSITORIE E FINALI

Articolo 30

Oneri

1. Gli Enti Sottoscrittori ripartiranno la spesa per la gestione dei servizi di cui al presente Accordo di Programma, applicando pienamente le D.G.R. 1377, 1378 e 1379 dell'anno 1999 e ss. mm ed ii., in materia di servizi per gli anziani, la Direttiva Regionale 1637/1986 per l'identificazione degli interventi sociali a rilievo sanitario a carico del F.S.R. e le D.G.R. 124/1999 e 309/2000 sulle modalità organizzative dei servizi integrati per l'erogazione di servizi sanitari.

2. I costi, su base annuale, di funzionamento del S.A.A. saranno ripartiti fra gli Enti Sottoscrittori secondo il seguente criterio: 80% ai Comuni in modo proporzionale alla popolazione >75 enne al 1° gennaio dell'anno precedente all'esercizio di funzionamento, il 20% a carico delle strutture aderenti all'Accordo in modo proporzionale al numero dei posti convenzionati al 1° gennaio dell'anno precedente all'esercizio di funzionamento, le spese di gestione dell'ufficio (utenze, pulizie etc) sono a carico dell'Azienda U.S.L. di Parma, distretto di Fidenza.

3. Il Comune il cui rappresentante svolge le funzioni di Presidente - Delegato del Comitato per l'Accordo di Programma assume l'onere a nome di tutti e provvede agli aspetti amministrativi e contabili del funzionamento del S.A.A. A questo scopo predisponde, entro il 30 novembre di ogni anno, un quadro dei costi preventivi del S.A.A. relativo all'esercizio successivo ed entro il 28 febbraio un quadro dei costi a consuntivo che costituisce la base dei rimborsi da effettuarsi.

4. Gli oneri per il personale sanitario dell'A.U.S.L. sono a carico della medesima così come previsto dalla L. R. 5/94 art. 15, comma 3.

Articolo 31

Durata dell'Accordo di programma

1. Il presente Accordo di Programma decorre dal _____ ed ha validità triennale, fatta salva la necessaria revisione in sede di Comitato di Distretto qualora venissero pubblicate direttive specifiche o se ne ritenesse necessaria la modifica sulla base di eventuali mutamenti degli assetti territoriali e demografico-sociali del Distretto ovvero di eventuali mutamenti circa la composizione numerica o la natura giuridica degli enti contraenti.

2. L'Accordo potrà essere prorogato nei contenuti per volontà unanime degli aderenti da dichiararsi almeno 2 mesi prima della scadenza per tempi da concordarsi e non potrà essere modificato durante la sua vigenza se non per consenso unanime dei sottoscrittori.

Articolo 32

Estensione dell'Accordo di Programma

Gli Enti sottoscrittori convengono sull'opportunità di associare al perseguitamento degli obiettivi oggetto del presente Accordo, attraverso specifici protocolli di intesa, convenzioni ed accordi, le Organizzazioni del Volontariato, le Associazioni degli anziani e/o dei loro familiari, le rappresentanze dell'utenza in generale, i soggetti del settore no-profit ed i privati gestori di servizi socio-sanitari.

Articolo 33

Recesso dall'Accordo di programma

Ciascuno dei soggetti aderenti all'Accordo potrà recederne dall'inizio di ogni anno solare, purché comunichi la sua volontà a tutti gli altri con almeno sei mesi di anticipo.

Il recedente resterà obbligato per gli oneri a lui incombenti fino al termine dell'anno antecedente quello da cui diviene efficace il recesso.

Articolo 34

Risoluzione di controversie

La risoluzione delle controversie sull'interpretazione ed applicazione dell'Accordo, che non possano essere composte dal Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma di Attuazione, sarà demandata ad un collegio di almeno 3 arbitri esperti in giurisprudenza, finanza, organizzazione dei servizi socio sanitari designati dal Comitato per l'Attuazione dell'Accordo di Programma. In caso di dissenso circa uno o più degli arbitri, dal Presidente del Tribunale di Parma, sezione distaccata di Fidenza. Si applicheranno al procedimento ed al giudizio arbitrale le disposizioni del Codice di Procedura Civile.

IL SINDACO DEL
COMUNE DI FIDENZA
RAG. GIUSEPPE CERRI
GUARESCHI

IL SINDACO DEL
COMUNE DI FONTANELLATO
DR. SSA M. GRAZIA

IL SINDACO DEL
COMUNE DI FONTEVIVO
DOTT. MASSIMILIANO GRASSI

IL SINDACO DEL
COMUNE DI NOCETO
DOTT. FABIO FECCI

IL SINDACO DEL
COMUNE DI SALSOMAGGIORE TERME
SIG. GIUSEPPE FRANCHI

IL SINDACO DEL
COMUNE DI SORAGNA
DOTT. ROBERTO GARBI

IL SINDACO DEL
COMUNE DI BUSSETO
DOTT. LUCA LAURINI

IL PRESIDENTE
DELL'UNIONE CIVICA
"TERRE DEL PO"
ARCH. ANDREA CENSI

IL SINDACO DEL
COMUNE DI ROCCABIANCA
DOTT. GIORGIO QUARANTELLI

IL SINDACO DEL
COMUNE DI S. SECONDO P. SE
RAG. ROBERTO BERNARDINI

IL SINDACO DEL
COMUNE DI TRECASALI
DOTT. NICOLA BERNARDI

IL SINDACO DEL
COMUNE DI SISSA
DR. SSA ANGELA FORNIA

IL DIRETTORE DEL
DISTRETTO DI FIDENZA

AZIENDA USL DI PARMA
DR.SSA MARIA ROSA SALATI

IL PRESIDENTE DELL' IPAB

"A. PALLAVICINO"
SIG. ANGELO CAFFARRA

IL PRESIDENTE DELL' IPAB
"LORENZO PERACCHI"
SIG.RA MARIA GRAZIA BIA

IL PRESIDENTE DELL' IPAB
"CASA PER ANZIANI DON DOMENICO GOTTOFREDI"
SIG. GINO LOTTICI

IL PRESIDENTE DELL' IPAB
"TOMMASINA SBRUZZI"
CAVALLI"
SIG.RA DIVA PATTINI

IL PRESIDENTE DELL' IPAB
"OSPEDALE CIVILE DAGNINI"
SIG. AMILCARE GHELF

IL RAPPRESENTANTE DELLA
PARROCCHIA DI SAN MICHELE ARCANGELO
DON FIRMINO MORA

IL PRESIDENTE DELL' IPAB

"CITTA' DI FIDENZA"
SIG. TOMMASO LOMBARDI

IL PRESIDENTE DELL' IPAB
"PAVESI - BORSI"
SIG. FRANCO CORRADI

IL PRESIDENTE DELL' IPAB
"DON PRANDOCCHI -
SIG. DANILO RANIERI

IL PRESIDENTE
FATTO IN FIDENZA OGGI..... IN UNICO ORIGINALE.

ALLEGATO A

**QUADRO DI SINTESI SULLA RETE DISTRETTUALE
SOCIOSANITARI ED ASSISTENZIALI**

CASE PROTETTE

POP. > 75 AL 1/1/ 2004 - PARAMETRO 4%- POSTI AUTORIZZATI - POSTI

COMUNI	Pop. >75 01/01/2004	Parametro 4% 01/01/2004	Posti autorizzati	Posti convenz.
Busseto	892	35,68	40	28
Fidenza	2895	115,80	95	84
Fontanellato	735	29,40	70	48 #
Fontevivo	440	17,60	0	0
Noceto	1128	45,12	56	55
Polesine	186	7,44	0	0
Roccabianca	377	15,08	20	10
Salsomaggiore	2413	96,52	52	47
S.Secondo	638	25,52	43	20
Sissa	524	20,96	62	31
Soragna	515	20,60	52	36 #
Trecasali	315	12,60	60	11
Zibello	306	12,24	50	27
TOTALE	11364	454,56	600	397

* Presso la Casa Protetta di Busseto sono convenzionati ulteriori n. 2 posti

Nel numero dei posti convenzionati sono compresi i posti destinati a ricovero p.l. a Fontanellato e n. 1 p.l. a Soragna)

CASE PROTETTE

ANNO 2005

**Scheda tecnica parametri socio assistenziali e sanitari ai sensi
1999, n. 1378 e ss. mm. ed ii.**

COMUNI	POSTI CONVENZIONATI	N° INFERMIERI CONVENZIONATI (1/12)	RAPPORTO PONDERATO ADB	Rapporto TDR

BUSSETO	28*	2,33	2,45	0,47
FIDENZA	84	7	2,30	1,40
FONTANELLATO	48	4	2,45	0,80
NOCETO	55	4,58	2,41	0,92
ROCCABIANCA	10	0,83	2,47	0,17
SALSUMAGGIORE	47	3,92	2,35	0,78
S. SECONDO	20	1,67	2,47	0,33
SISSA	31	2,58	2,45	0,52
SORAGNA	36	3	2,49	0,60
TRECASALI	11	0,92	2,43	0,18
ZIBELLO	27	2,25	2,44	0,45
TOTALE	397			

* Presso la Casa Protetta di Busseto sono convenzionati ulteriori n. 2 posti

Il Coordinamento Infermieristico viene svolto da figure professionali dipendenti

RIEPILOGO CLASSIFICAZIONE OSPITI CASE PROTETTE
PER L'ANNO 2005

CASA PROTETTA	COMUNE	N° Anziani convenzionati	N° Anziani classificati	GRUPPO A
Pallavicino	BUSSETO	28	28	2
Città di Fidenza	FIDENZA	84	84	18
L. Peracchi	FONTANELLATO	48	48	11
Pavesi - Borsi	NOCETO	55	55	13
Gottofredi	ROCCABIANCA	10	10	0
C.Salsomaggiore	SALSOMAGGIORE	47	47	9
T. Sbruzzi	SAN SECONDO	20	20	4
D. Cavalli	SISSA	31	31	5
S. Rita	SORAGNA	36	35	5
Villa Gay Corradi	TRECASALI	11	11	2
Dagnini	ZIBELLO	27	27	2
TOTALE DISTRETTO	397	396	71	17,92

CENTRI DIURNI ANNO 2005

POPOLAZIONE ANZIANA > 75 AL 01/01/2004 PARAMETRO REGIONALE C.

COMUNI	POP. > 75 01/01/2004	PARAMETRO CD. 1%	POSTI AUTORIZZATI
BUSSETO	892	8,92	
FIDENZA	2895	28,95	20
FONTANELLAUTO	735	7,35	5
FONTEVIVO	440	4,40	15
NOCETO	1128	11,28	28
POLESINE	186	1,86	
ROCCABIANCA	377	3,77	
SALSOMAGGIORE	2413	24,13	
SAN SECONDO	638	6,38	10
SISSA	524	5,24	20
SORAGNA	515	5,15	10
TRECASALI	315	3,15	
ZIBELLO	306	3,06	
TOT. DISTRETTO	11364	113,64	108

SERVIZIO ASSISTENZA DOMICILIARE
ANNO 2005

COMUNI	POP >75 AL 01.01.04	Parametro 1,5% N° utenti	Orario festivo	Orario pomeridiano
BUSSETO	892	13	NO	SI
FIDENZA	2895	43	SI	SI
FONTANELLATO	735	11	SI	SI
FONTEVIVO	440	7	SI	SI
NOCETO	1128	17	NO	NO
POLESINE	186	3	NO	NO
ROCCABIANCA	377	6	NO	SI
SALSOMAGGIORE	2413	36	SI	SI
SAN SECONDO	638	10	NO	SI
SISSA	524	8	NO	NO
SORAGNA	515	8	NO	NO
TRECASALI	315	5	NO	NO
ZIBELLO	306	5	NO	NO
TOTALE DISTRETTO	11364	172	=	=

ASSEGNI DI CURA EROGATI NELL' ANNO 2004

COMUNI	CLASSIFICAZIONE PER TIPOLOGIA
	A
BUSSETO	0
FIDENZA	2
FONTANELLATO	0
FONTEVIVO	0
NOCETO	0
POLESINE	1
ROCCABIANCA	0
SAN. SECONDO	0
SALSOMAGGIORE	1
SISSA	1
SORAGNA	0
TRECASALI	0
ZIBELLO	0
TOTALE	5

ALLEGATO B

PROTOCOLLI

PROTOCOLLO PER GLI INSERIMENTI IN RETE IN CASA PROTETTA

Obiettivi.

1. Stabilire un percorso per l'ammissione in strutture residenziali che attui quanto previsto dalla L.R.5/94 e successiva direttiva.
2. Definire le graduatorie d'ogni singola struttura con modalità di valutazione e criteri di priorità omogenei a livello distrettuale.
3. Attuare una gestione in rete distrettuale al fine di utilizzare al meglio le risorse disponibili.

Criteri per la definizione e la gestione degli ingressi e degli elenchi di priorità

- L'elenco di priorità (graduatoria) è definito tenendo conto della gravità delle situazioni segnalate dalla Responsabile del caso, in accordo con il Medico di medicina generale, e valutate dall'UVG.
- I criteri generali che forniscono delle linee guida per la definizione delle priorità sono:
 - 1) La gravità delle condizioni di non autosufficienza
 - 2) Solitudine e assenza di rete parentale.
 - 3) Presenza di problemi nella rete parentale che rendono impossibile la garanzia di una continuità assistenziale adeguata all'anziano.
 - 4) Precarietà delle risorse economiche.
 - 5) L'elenco di priorità è un elenco "dinamico", in altre parole non ha un valore di durata nel tempo ed è costantemente aggiornato in base alle nuove valutazioni effettuate. Le situazioni, valutate più gravi, occupano

il primo posto nell'elenco di priorità ed hanno il diritto di precedenza sul primo posto libero indipendentemente dalla data di presentazione della domanda.

- 6) L'ingresso è riservato prioritariamente ai residenti nel Comune d'appartenza della struttura, i residenti in altri comuni del Distretto sono collocati in coda alla graduatoria.
- 7) Gli anziani residenti nei Comuni di Fontevivo e Polesine fanno capo rispettivamente alle Case protette di Fontanellato e Zibello e sono inseriti nelle graduatorie dei quelle case protette.
- 8) Gli anziani residenti fuori Distretto saranno collocati su posti autorizzati e non su quelli convenzionati.

Si considera prioritario il rientro dell'anziano, collocato presso una struttura diversa da quella del Comune residenza, su richiesta dell'interessato e di suoi familiari. Ogni singola situazione sarà valutata congiuntamente alle nuove richieste al momento della formulazione delle liste di priorità, in base ai seguenti criteri:

Sistemazione presso una struttura non idonea a garantire l'assistenza necessaria in rapporto al livello d'autonomia dell'anziano. (es. case di riposo).

Difficoltà dei familiari a mantenere un rapporto continuativo con l'anziano (es. difficoltà di mezzi di trasporto).

Ordine cronologico d'inserimento in casa protetta.

Per le situazioni valutate **d'emergenza** proprio per la mancanza di risorse familiari ed economiche, la Responsabile del SAA potrà autorizzare l'accesso sul primo posto libero nel Distretto fino al momento in cui si renderà disponibile un posto nella struttura del Comune di residenza.

Si considera "situazione d'emergenza" l'anziano, privo di risorse familiari ed economiche, che, per eventi improvvisi (perdita dell'autonomia, decesso di un familiare), la permanenza a domicilio comporti una condizione di rischio.

Percorso

1. Rilevazione del bisogno

L'anziano e la sua famiglia in presenza di problemi socio-assistenziali si rivolgono all'Assistente Sociale, Responsabile del caso, del Comune di residenza la quale ha il compito di:

1. Illustrare tutti i servizi esistenti a favore della popolazione anziana.
2. Accogliere la domanda fornendo tutte le indicazioni sul servizio, sulle procedure e sulla modulistica necessaria.
3. Comunicare ai richiedenti che le domande "cautelative" saranno inviate al SAA, al fine di sottoporle a valutazione da parte dell'UVG, solo nel momento di reale decisione d'ingresso da parte degli interessati.
4. Valutare la situazione di bisogno, in collaborazione con il medico curante, ponendo particolare attenzione alla possibilità di formulare agli interessati proposte alternative alla casa protetta.
5. Utilizzare come strumento di valutazione la scala socio-assistenziale.
6. Definire con i familiari accordi precisi concordando i tempi di inserimento su posti temporanei.
7. Trasmettere, entro un tempo massimo di 15 gg dal momento in cui è stata formalizzata la domanda, al Responsabile del SAA le richieste corredate di valutazione socio-assistenziale e di certificazione da parte del Medico curante al fine di fornire tutte le informazioni utili all'UVG.
8. In presenza di posti immediatamente disponibili la Responsabile del caso trasmetterà al SAA la scheda di rilevazione del bisogno, corredata possibilmente di certificato medico, per i casi gravi ed urgenti, entro un tempo massimo i tre giorni, con particolare attenzione alle dimissioni ospedaliere.
9. Si considera inoltrata la domanda, dal momento della presentazione ai servizi sociali comunali del certificato medico compilato dal medico curante.
10. Segnalare telefonicamente le situazioni d'emergenza al Responsabile del SAA per l'attivazione urgente dell'UVG.

2. Valutazione multidimensionale

- Il SAA attiva l'UVG per la valutazione di competenza.
- L'UVG effettua, entro un tempo massimo di 15 g.g. dal momento dell'attivazione, una valutazione multidimensionale utilizzando i propri strumenti, valuta la pertinenza della richiesta e, in caso negativo, propone un diverso servizio della rete, e definisce il programma assistenziale individuale.
- l'UVG effettuerà la valutazione dei casi gravi ed urgenti, da collocare sui posti immediatamente disponibili, entro un tempo massimo di tre giorni dalla data di ricevimento della segnalazione al fine di dare una risposta immediata all'utenza, utilizzando al meglio le risorse esistenti.
- l'UVG fornisce al SAA le valutazione e i programmi assistenziali individuali, segnalando telefonicamente le situazioni valutate d'emergenza.

3. Definizione degli elenchi di priorità

La Responsabile del SAA riunisce mensilmente, per ogni struttura protetta, l'équipe composta dalla medesima, dall'UVG, dalla Responsabile del caso, dalla Coordinatrice della casa protetta e dal Coordinatore sanitario della struttura.

Gli obiettivi degli incontri d'équipe sono:

- Formulare gli elenchi di priorità secondo i criteri previsti dal presente protocollo, sulla base della valutazione effettuate dall'UVG e dalla Responsabile del caso, utilizzando i punteggi ottenuti dagli strumenti di misurazione già in uso.
- Presentare il programma assistenziale individuale agli operatori della casa protetta, fornendo tutte le informazioni utili a garantire una continuità assistenziale.
- Valutare, in presenza di particolari problematiche assistenziali e/o sanitarie, la compatibilità dell'ospite con l'organizzazione del lavoro della struttura.
- Monitorare i nuovi inserimenti applicando la classificazione, come previsto dalla direttiva regionale n° 1378.

Non saranno valutate, di norma, dall'équipe quelle situazione prive della documentazione necessaria (valutazione socio assistenziale, certificato del medico curante, valutazione dell'UVG) .

4. Ingresso in struttura e Gestione in rete degli accessi

- La Coordinatrice della Casa protetta segnala al Responsabile del SAA la disponibilità del posto
- Il Responsabile del SAA rilascia il nulla osta al ricovero, entro il giorno successivo, seguendo l'elenco di priorità della graduatoria, dopo aver sentito l'UVG e la Responsabile del Caso su eventuali nuove situazioni d'emergenza.
- In assenza dal lavoro del Responsabile del SAA la Coordinatrice della casa protetta seguirà la graduatoria.
- Entro un mese dall'entrata in vigore del presente protocollo ogni casa protetta comunicherà al SAA l'elenco degli ospiti presenti alla data considerata, evidenziando i nominativi delle persone collocate su posti convenzionati e quelle collocate su posti autorizzati, specificando la data d'accesso e il Comune di residenza al momento d'inserimento.
- Per i nominativi dei nuovi inserimenti su posto convenzionato saranno indispensabile i seguenti requisiti:
 - a) Il nulla osta all'inserimento da parte del Servizio Assistenza anziani
 - b) Residenza nel Distretto di Fidenza.

PROTOCOLLO PER GLI INSERIMENTI TEMPORANEI IN CASA PROTETTA NEL DISTRETTO DI FIDENZA

PREMESSA

Nell'Accordo di programma, approvato in sede di comitato in data 19/5/2000, si sono istituiti tre posti temporanei convenzionati presso le case protette di Fontanellato e Soragna. Le altre strutture del Distretto di Fidenza effettueranno inserimenti temporanei tenuto conto anche delle priorità della lista d'attesa. L'obiettivo fondamentale del ricovero temporaneo in casa protetta è quello di favorire e sostenere la permanenza a domicilio dell'anziano, supportando la famiglia nell'impegno di cura.

OBIETTIVI DEI RICOVERI TEMPORANEI IN STRUTTURA RESIDENZIALE

1. Fornire la possibilità di una soluzione temporanea in presenza di gravi problemi familiari.
2. Reperire una risorsa residenziale temporanea per dimissioni ospedaliere protette in attesa di definire un progetto assistenziale a domicilio.
3. Offrire un periodo di sollievo alle famiglie impegnate nella cura d'anziani non autosufficienti.

LINEE GUIDA PER LA DEFINIZIONE E LA GESTIONE DEI POSTI TEMPORANEI

La fruizione di questa risorsa sarà a disposizione di tutti i Comuni del Distretto di Fidenza.

I criteri generali che definiscono le priorità d'inserimento su posto temporaneo convenzionato sono:

- Impossibilità temporanea dei familiari a prestare l'assistenza necessaria a causa d'eventi improvvisi (malattia, ricoveri ospedalieri ecc.).

➤ Dimissione ospedaliera.
➤ Assenza dei familiari per un periodo definito (vacanza ecc.). La risorsa del servizio d'inserimenti temporanei in casa protetta sarà gestita in rete dalla Responsabile del SAA indipendentemente dal Comune di residenza.

La sistemazione su posto temporaneo sarà limitata al periodo definito nel progetto d'intervento, che non potrà, di norma, superare i due mesi.

In assenza di richieste d'inserimento temporaneo, la Coordinatrice di casa protetta potrà comunicare al competente ufficio dell'AUSL il nominativo di una persona, inserito su posto autorizzato, tenuto conto dell'ordine temporale d'ammissione, da collocare provvisoriamente su posto convenzionato, fornendo alla famiglia l'informazione che l'importo più basso della retta non è definitivo.

PERCORSO

1. Rilevazione del bisogno

L'anziano e la sua famiglia si rivolgono all'Assistente sociale, Responsabile del caso, del Comune di residenza la quale ha il compito:

➤ Accogliere la domanda fornendo tutte le indicazioni sul servizio, sulle procedure e sulla modulistica necessaria.
➤ Valutare la situazione di bisogno, in collaborazione con il Medico curante, ponendo particolare attenzione a definire il progetto d'intervento, specificando le motivazioni della richiesta e **concordando con la famiglia il periodo dell'inserimento**.
➤ Trasmettere alla Responsabile del SAA le richieste corredate di valutazione socio-assistenziale e certificato da parte del Medico curante, specificando il tempo concordato per l'inserimento.

2. Valutazione multidimensionale

➤ Il SAA attiva l'U.V.G. per la valutazione di competenza.
➤ L'UVG effettua una valutazione multidimensionale e definisce il programma assistenziale individuale, che sarà inviato al SAA.
➤ L'UVG al momento della valutazione all'interno delle dimissioni protette comunicherà all'Assistente Sociale e alla Responsabile del SAA eventuali necessità di ricoveri temporanei. Nello stesso momento informerà la famiglia che è necessario inoltrare la richiesta presso il Comune di residenza.

3. Gestione in rete dei posti temporanei

- La Responsabile del SAA predispone gli elenchi in base alle priorità indicate nel presente protocollo, tenendo in considerazione, in linea di massima, il periodo richiesto dalla famiglia e rilascia il nulla osta al ricovero temporaneo.
- La Coordinatrice della Casa protetta comunicherà alla famiglia d'inoltrare all'Assistente sociale del Comune di residenza ogni richiesta da parte dei familiari di proroga del periodo d'inserimento cordato, informando la Responsabile del SAA. A tale scopo sarà predisposto un apposito modulo.
- La Responsabile del caso valuterà insieme ai familiari le motivazioni della richiesta, inviando al SAA eventuali proposte di modifica del periodo concordato.
- Oltre al termine dei due mesi previsti dal presente protocollo la retta applicata sarà quella di posto autorizzato.
- Durante il periodo estivo, da giugno a settembre, è previsto un periodo d'inserimento di un mese, ad eccezione di gravi motivi familiari (es. malattia di un congiunto) valutati dalla Responsabile del caso o dall'UVG.

Fidenza, 13.12.2000

PROTOCOLLO PER L' ACCESSO ALLA RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE

PREMESSA

La R.S.A. viene definita dalla Legge Reg. n.5/94 quale "struttura extra-ospedaliera sociosanitaria integrata a prevalente valenza sanitaria, destinata ad anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio e richiedenti trattamenti continui, affetti da patologie cronico-degenerative a tendenza invalidante che non necessitano di specifiche prestazioni ospedaliere. E' altresì beneficiario degli interventi previsti per gli anziani non autosufficienti, l'adulto non autosufficiente a causa di forme morbose a forte prevalenza nell'età senile".

La R.S.A. eroga in forma continuativa:

- Assistenza sanitaria di base e trattamenti riabilitativi, prestazioni specialistiche se necessarie per il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute e del grado d'autonomia della persona;
- Assistenza alla persona per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana;
- Attività sociali.

La stessa legge prevede, al comma n° 6, che il 10% dei posti sia utilizzato per ricoveri temporanei a totale carico del fondo sanitario regionale per un periodo massimo di 30 giorni destinati a:

- a) Anziani non autosufficienti assistiti in famiglia per motivate esigenze dei componenti della famiglia stessa (ricoveri di sollievo);
- b) Anziani in situazione d'emergenza e di bisogno sociosanitario in attesa della predisposizione di un più appropriato programma assistenziale;
- c) Anziani dimessi dall'ospedale che necessitano di convalescenza e riabilitazione in previsione del rientro a domicilio.

La successiva D.R. 1378/99 precisa che "il ricovero temporaneo in RSA sia destinato ad anziani non autosufficienti che, in un quadro diagnostico accertato e con un percorso terapeutico già programmato, necessitano di prestazioni sanitarie d'elevata intensità".

I ricoveri temporanei per anziani non autosufficienti che, pur rientrando nei casi previsti al comma 6 lettera a e b, necessitano di prestazioni assistenziali e sanitarie di medio livello, sono di norma disposte dall'UVG presso le case protette".

La R.S.A. di Collecchio dispone di 20 posti letto di cui, indicativamente, 13 per il Distretto Sud-Est, 3 per il Distretto di Fidenza, 2 per il DistrettoValli del Taro e Ceno.

I posti attualmente occupati da due cittadini del Distretto di Parma, ad avvenuto turnover, verranno ridistribuiti con successive verifiche tra i tre Distretti.

Tutti i posti della RSA sono utilizzati come temporanei per un periodo di 30 giorni prorogabili, su proposta dell'UVG.

Per le situazioni d'elevato bisogno sanitario è possibile prevedere da parte dell'UVG, fin dall'inizio, periodi di permanenza più prolungati.

La prassi, consolidata nel tempo, di utilizzare tutti i posti convenzionati come temporanei, ha dato buoni risultati, consentendo di utilizzare questo servizio come momento importante del percorso assistenziale, al fine di realizzare recupero, riattivazione e convalescenza.

Quando la situazione è stabilizzata si attivano altri servizi della rete sociosanitaria sia domiciliari che residenziali, garantendo continuità assistenziale.

CRITERI D' ACCESSO

I criteri d'accesso in R.S.A. sono definiti privilegiando la valenza prevalentemente sanitaria della struttura e di conseguenza individuando tali priorità:

1. Anziani in grave situazione sanitaria non gestibili a domicilio o in Casa Protetta quali anziani affetti da patologie che richiedono un monitoraggio sanitario continuativo;
2. Anziani in dimissione dalla struttura ospedaliera che necessitano di un ulteriore periodo di ricovero per:

- effettuare trattamento riabilitativo finalizzato al recupero dell'autonomia motoria o al miglioramento dell'autonomia nelle A.D.L. (attività della vita quotidiana),
- ulteriore monitoraggio clinico fino al raggiungimento della stabilizzazione clinica,
- predisposizioni del piano di rientro a domicilio (attivazione dei servizi, fornitura degli ausili, eventuali modifiche ambientali);

3. anziani assistiti a domicilio dalla famiglia in temporanea difficoltà per:

- problemi di salute del care-giver,
- necessità di un periodo di sollievo.

CRITERI PER L'ACCESSO AI POSTI CONVENZIONATI A TOTALE CARICO DEL S.S.REGIONALE

Come previsto dalla Direttiva 1378/99 i posti a totale carico del Fondo sanitario regionale sono destinati ad anziani con elevato bisogno sanitario e correlato elevato bisogno socioassistenziale.

Al fine di individuare le persone cui assegnare i posti a totale carico del Fondo sanitario regionale, si fa riferimento ai criteri e agli strumenti definiti dalla determinazione n° 7108/99 per la classificazione del bisogno assistenziale.

In contemporanea presenza di più situazioni nelle condizioni sopra ricamate, da parte dell'UVG verranno prese in considerazione i seguenti aspetti:

- le risorse sociali ed economiche
- la rete parentale
- le spese assistenziali e sanitarie a carico dell'anziano

PERCORSO DELLA DOMANDA:

- La richiesta per l'ingresso in R.S.A. viene inviata al S.A.A. da:
 - Assistente Sociale Responsabile del Caso del Comune di residenza;
 - Presidi ospedalieri per i casi di "dimissioni difficili" attraverso le apposite schede;
- Il Responsabile del S.A.A. attiva l'U.V.G.

- Le U.V.G. dei tre Distretti coinvolti provvedono a:
 - valutare, in un tempo massimo di sette giorni, l'anziano al domicilio e/o presso la struttura sanitaria,
 - definire il progetto assistenziale,
 - stabilire le priorità all'interno dei posti assegnati al proprio Distretto,
 - gestire l'accesso e la dimissione,
 - comunicare successivamente l'ingresso alla Responsabile del SAA del Distretto Sud Est che ratifica in via amministrativa l'avvenuto inserimento e le eventuali successive proroghe.

L'assegnazione dei posti a totale carico del fondo regionale verrà definita dall'U.V.G del Distretto Sud Est. in accordo con le UVG degli altri Distretti coinvolti sulla base dei criteri individuati dal presente protocollo e successivamente comunicata con apposita scheda alla Responsabile del SAA del Distretto Sud Est.

VERIFICA

- Durante la permanenza dell'anziano in R.S.A., l'U.V.G. di ogni Distretto, sulla base delle caratteristiche d'ogni singola situazione, effettua verifiche finalizzate a valutare il raggiungimento degli obiettivi individuati al momento dell'ingresso ed eventualmente a prorogarne i tempi del ricovero.

Letto, confermato e sottoscritto

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO
F.to Dr. Luca Laurini

IL SEGRETARIO COMUNALE
F.to Granelli Dr.Ssa Roberta

ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA PUBBLICAZIONE

Si attesta:

[X] che copia della presente deliberazione viene pubblicata all'Albo Pretorio del Comune il : 7 luglio 2005 ed ivi rimarrà per 15 g

Il Segretario Comunale
F.to Granelli Dr.ssa Roberta

ESECUTIVITA'

La presente deliberazione:

[X] è divenuta esecutiva il 17/07/2005 ai sensi dell'art. 134, comma 3°, del T. U. - D. Lgs. 18 agosto 2000 n. 267 s.m..

Copia conforme all'originale, in carta libera per uso amministrativo.

Li, _____

Il Segretario Comunale
Granelli Dr.ssa Roberta
