

**Deliberazione G.R. 9 gennaio 1995, n. 41-42433**  
**L.R. 37/90 - Progetto obiettivo “Tutela della salute degli anziani” - Deliberazione attuativa relativa alle attività svolte nelle strutture residenziali.**

rettificata dalla  
 Deliberazione G.R. 16 gennaio 1985, n. 80-42573

A relazione degli Assessori Cucco e Rossa:

La L.R. 37/90 prevede all'art. 6 l'adozione da parte della G.R. di deliberazioni attuative illustrative delle scelte operative contenute nel P.S.S.R., allo scopo di fornire agli operatori un comune riferimento metodologico per l'attuazione operativa del P.S.S.R.

Considerato che con atti precedenti la G.R. è intervenuta a fornire indicazioni per l'attuazione del progetto-obiettivo “Tutela della salute degli anziani”, conformi alle indicazioni contenute nella risoluzione parlamentare di approvazione del progetto-obiettivo omonimo e a quelle successive fornite in proposito dal Ministero della Sanità;

visto che il Ministero della Sanità ha approvato le “Linee guida n. 1/94: Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle R.S.A.” occorre una complessiva ridefinizione delle attività sanitarie,

socio-sanitarie e socio-assistenziali erogate in ambito domiciliare e all'interno della rete dei presidi sanitari e socio-assistenziali esistenti in Piemonte erogate a cittadini anziani non autosufficienti;

considerata la necessità di regolamentare transitoriamente la materia, in attesa del prossimo riordino dei Settori Sanità e Assistenza in attuazione del D.L.vo 517/93;

rilevata pertanto - nell'attuale fase caratterizzata da un costante aumento della domanda di prestazioni - l'assoluta necessità di garantire l'ampliamento quantitativo e qualitativo delle forme di risposta (domiciliare e residenziale) a condizione di fissarne standard strutturali e gestionali compatibili con la normativa di riferimento e con i livelli di spesa sanitaria assegnati;

atteso che lo scopo è quello di creare una rete di servizi e prestazioni domiciliari e residenziali, destinata a soggetti anziani non autosufficienti, basata su livelli diversi di cure sanitarie e prestazioni socio-assistenziali modulate sulla base dei diversi gradi di dipendenza;

ritenuto pertanto necessario apportare le modifiche ed integrazioni alle deliberazioni della Giunta Regionale, precedentemente approvate in materia di Tutela dei soggetti anziani non autosufficienti, contenute nell'allegato A) e nello schema tipo di convenzione dell'allegato B), che fanno parte integrante del presente provvedimento;

vista la L.R. 37/90;

vista la L.R. 20/82 modificata ed integrata;

LA GIUNTA REGIONALE,  
 a voti unanimi espressi nelle forme di legge,

*Delibera:*

- Di approvare le modifiche ed integrazioni contenute nell'allegato A) e nello schema tipo di convenzione dell'allegato B), che fanno parte integrante del presente provvedimento.

Con l'approvazione del presente provvedimento sono abrogate la D.G.R. n. 333-8499 del 2/08/1991, la D.G.R. n. 113-16221 del 22/06/92 ad esclusione delle norme relative alla composizione dell'Unità di Valutazione Geriatrica e le disposizioni sui requisiti gestionali delle R.A.F., contenute nella D.G.R. n. 38-16335 del 29/06/1992.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 65 dello Statuto.

**Allegato A**

INDICE

*Premessa*

*Residenze Sanitarie Assistenziali*

- 1) Utenza e criteri per l'esercizio delle attività
- 2) Requisiti strutturali
- 3) Requisiti gestionali
  - Personale
  - Aspetti gestionali e determinazione costi
- 4) Regime transitorio

*Residenze Assistenziali Flessibili*

- 1) Utenza
- 2) Requisiti strutturali
- 3) Requisiti gestionali
  - Personale
  - Aspetti gestionali e determinazione costi
- 4) Regime transitorio

*Criteri di accesso ai servizi ed alle prestazioni*

*Criteri per il convenzionamento*

*Modalità di copertura delle tariffe giornaliere*

*Residenze Assistenziali*

*Premessa*

Le modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 introdotte dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996, con la relativa determinazione della spesa sanitaria secondo livelli uniformi di

assistenza, nonché la valutazione delle prestazioni erogate in Piemonte agli anziani non autosufficienti impongono una complessiva ridefinizione delle attività sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali erogate in ambito domiciliare e all'interno della rete dei presidi sanitari e socio-assistenziali esistenti.

Tale ridefinizione organizzativa, per essere in sintonia con le esigenze dei cittadini anziani non autosufficienti, deve individuare prestazioni sanitarie e socio-assistenziali modulate sui diversi gradi di dipendenza, che risultino complementari le une alle altre nell'ambito di trattamento individualizzato.

La realizzazione di una offerta coordinata ed integrata di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali richiede il rispetto di regole tecniche, amministrative, finanziarie e gestionali che fissano per ciascun livello istituzionale, per ogni servizio e per ogni struttura, compiti, risorse a disposizione, responsabilità direzionali ed operative.

Con il presente atto la Regione Piemonte intende disciplinare le modalità di realizzazione di una rete integrata di presidi sanitari e socio-assistenziali.

La realizzazione della rete dei presidi deve tener conto delle modalità di attuazione dell'Assistenza domiciliare integrata e dell'ospedalizzazione domiciliare, avviata finora in materia sperimentale in alcune UU.SS.LL. e delle attuali disponibilità di Residenze Sanitarie Assistenziali, coerenti con la normativa di riferimento.

D'altra parte le strutture di vecchia edificazione risultano, solo in rare situazioni, idonee alle esigenze igienico-strutturali attuali ed in linea con i criteri gestionali ed organizzativi previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente. Pertanto occorre verificare le possibilità di recupero e riconversione graduale del patrimonio strutturale, individuando tipologie di residenze che offrano diversi gradi di assistenza sanitaria, accompagnata da prestazioni di tipo socio assistenziale.

A tal riguardo la rete delle strutture per soggetti anziani non autosufficienti comprende le Residenze Sanitarie Assistenziali e le Residenze Sanitarie Flessibili, introdotte dalla D.G.R. n. 38-16335/92 in attuazione del P.S.S.R. 1990/92 e rispondenti ai requisiti di flessibilità richiesti per la possibilità di riconversione temporale delle strutture.

## RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI

### 1) *Utenza e criteri per l'esercizio delle attività*

La R.S.A. per anziani non autosufficienti è definita dal P.S.S.R. struttura a prevalente valenza sanitaria per persone che richiedono un livello medio di assistenza sanitaria (medica, infermieristica, riabilitativa) integrato da un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera.

Tali R.S.A. sono deputate a ricoverare persone non assistibili a domicilio per carenza o insufficienza di supporto familiare o di ambiente adatto alle loro

esigenze. Per quanto riguarda gli interventi riabilitativi va precisato che:

- i trattamenti riabilitativi nella fase acuta e post acuta della malattia devono essere svolti nel presidio ospedaliero generale o in apposito presidio ospedaliero e vengono effettuati, a seconda della situazione, dal Servizio di R.R.F. o da altri servizi o divisioni monospécialistiche.
- i trattamenti riabilitativi cui è deputata la R.S.A. sono prevalentemente quelli di conservazione dello stato di equilibrio raggiunto, compatibile con l'eventuale menomazione rimasta, per prevenire aggravamenti e il decadimento funzionale.

La necessità di elevato e continuato supporto sociale deve essere soddisfatta con personale qualificato di assistenza alla persona che assicuri supporti umani ottimali al fine di consentire a tutti i soggetti non autosufficienti di trovare un equilibrio psico-fisico.

Questo è particolarmente importante anche per soggetti anziani non ancora completamente non autosufficienti e non assistibili al proprio domicilio, qualora la soluzione R.S.A. rappresenti la fase immediatamente successiva ad una malattia acuta trascorsa in struttura ospedaliera e l'inserimento in R.S.A. consenta un idoneo trattamento prima del ritorno al domicilio. In questo senso la soluzione R.S.A. permette anche dimissioni precoci dalla struttura ospedaliera con indubbio vantaggio sia in termini di un suo razionale utilizzo, sia in termini di rapporto costo-beneficio.

Pertanto, accanto al tradizionale utente delle R.S.A. per anziani non autosufficienti, destinato a permanervi nel lungo periodo, le UU.SS.LL. potranno utilizzare sulla base di opportune valutazioni sanitarie ed economiche, tali strutture anche per utenti dimessi precocemente dall'ospedale e non assistibili al domicilio, per il trattamento della fase post acuta.

In tali casi la partecipazione dell'utente al costo di degenza ha inizio anche dopo il secondo mese di permanenza nella R.S.A., rimanendo completamente a carico del F.S.R. per un massimo di 60 gg. dalla dimissione ospedaliera.

Appare importante sottolineare come la R.S.A. costituisca l'elemento centrale dell'assistenza extra ospedaliera ad anziani non autosufficienti non assistibili al proprio domicilio, in particolare se si tiene conto del numero considerevole di anziani con patologie croniche stabilizzate e con necessità di trattamenti protratti di "conservazione" che sono impropriamente ricoverati in strutture per acuti o in strutture per riabilitazione. E' necessario quindi riconoscere la specificità di tali soggetti che devono essere assistiti da servizi sanitari, ma non ospedalieri, integrati con i servizi socio-assistenziali, per porre fine al peso della cosiddetta lungodegenza impropria.

Le attività svolte nelle R.S.A. devono porre in primo piano la persona.

Sono essenziali pertanto: l'elaborazione di progetti individualizzati, cui concorrono il responsabile sanitario della struttura, il medico di base, l'infermiere, l'assistente sociale, l'animatore, il terapeuta occupazionale e le unità operative autonome ospedaliere interessate al singolo caso; l'integrazione e/o il coordinamento nell'operatività delle varie figure professionali sul singolo caso; la flessibilità operativa, considerato che il personale sanitario e assistenziale delle R.S.A. è impegnato insieme a garantire il soddisfacimento dei bisogni primari della persona, che sono strettamente collegati fra loro.

Particolare attenzione, nell'elaborare il progetto individualizzato, dovrà essere posta alle esigenze di tipo relazionale degli utenti, attraverso la predisposizione di momenti di socializzazione.

- con parenti, amici e conoscenti: la previsione di questi momenti impone che nel Regolamento della R.S.A. siano previste ampie fasce orarie a ciò dedicate (compatibilmente con il rispetto delle attività assistenziali rivolte alla collettività);
- fra gli ospiti stessi: momenti che sono favoriti da idonei spazi comuni attrezzati;
- con gli utenti dei centri diurni, di cui le R.S.A. devono essere possibilmente dotati, o comunque collegati funzionalmente, e che organizzino attività motorie, di animazione, di intrattenimento e occupazionali;
- con le organizzazioni di volontariato all'interno delle R.S.A.

Fra le esigenze di tipo relazionale vi sono anche le uscite all'esterno (ad esempio: passeggiate, visite a parenti e amici; piccole commissioni), in funzione della loro utilità sia per il recupero, il mantenimento e lo sviluppo delle capacità psico-fisiche del soggetto – nell'ambito del progetto individualizzato – sia per prevenire un possibile senso di emarginazione.

Ogni presidio deve garantire alle persone utenti il rispetto dei loro diritti, la loro riservatezza, il rispetto della loro personalità, anche mediante la personalizzazione degli ambienti, la valorizzazione della persona attraverso una particolare cura dell'aspetto fisico, la promozione del rispetto del patrimonio culturale, politico e religioso di ciascuno.

Particolare attenzione deve essere posta da parte dei soggetti gestori alla qualità delle risposte assistenziali fornite dai presidi, perché le attività si conformino il più possibile ai ritmi e alle abitudini delle persone, compatibilmente con le esigenze di una collettività, attraverso Regolamenti rispettosi della dignità della persona.

## 2) *Requisiti strutturali*

Il D.P.C.M. 22 dicembre 1989 ha individuato la necessità che sotto il profilo tipologico le R.S.A. per anziani siano articolate per nuclei ciascuno fino a 20 posti letto, il che assume una grande rilevanza per la possibilità di organizzazione differenziata dell'assistenza.

Secondo le linee guida ministeriali, la R.S.A. deve essere formata da più nuclei, ciascuno da 20 a 25 p.l., che non vanno, di norma, oltre gli 80 posti residenziali e che possono arrivare fino ad un massimo di 120 in zone ad alta densità abitativa ed urbana.

Inoltre in ogni struttura con nuclei in numero di quattro o superiori a quattro, va garantita la presenza di un nucleo riservato alle demenze. In ogni caso è preferibile che la struttura sia polivalente cioè formata da un presidio autorizzato a funzionare come R.S.A. e da uno come presidio socio-assistenziale, per evitare che le persone anziane, entrate autosufficienti in un presidio socio-assistenziale, siano costrette ad uscirne quando diventino non autosufficienti.

D'altronde la flessibilità e l'ampliamento strutturale anche ai fini di una riduzione dei costi gestionali è stato affrontato dall'Amministrazione Regionale con l'introduzione, nel panorama delle risposte residenziali per anziani, dalle R.A.F. e dalle R.A. così come previste dalla D.G.R. n. 38-16335/92, da affiancarsi alle costruende R.S.A. per ottenere un ampio ventaglio di risposte differenziate in base alla necessità dell'utenza.

Mentre per quanto riguarda la flessibilità di capienza interna del nucleo (da 20 a 25 p.l.) la medesima era già prevista dalla D.G.R. n. 38-16335/92 che anticipando le linee di indirizzo ministeriale, indicava la possibilità di riconversione di nuclei R.A. (25 p.l.) in nuclei R.A.F./R.A., (20 p.l.), usufruendo delle superfici previste per i servizi di nucleo.

Alla luce di tali considerazioni è indicata la realizzazione di presidi base R.S.A. da 60 p.l. con n. 3 nuclei da 20 p.l. ciascuno prevedendo la possibilità che i medesimi vengano integrati con nuclei R.A.F./R.A., da un minimo di 1 ad un massimo di 3 (nei centri urbani ad alta densità abitativa o in particolari casi di bisogno) da 20-25 p.l. ciascuno, a completo soddisfacimento del principio di flessibilità e quindi di possibilità di riconversione dei nuclei residenziali in base alle necessità dell'utenza.

Nei presidi con capienza pari ad almeno 80 posti letto, deve essere previsto un nucleo R.S.A. per le demenze, anche in aggiunta ai 3 nuclei base R.S.A.

Le R.S.A. in costruzione alla data di entrata in vigore della presente normativa, o inserite nel programma di finanziamento di cui all'art. 20, legge n. 67/88, debbono comunque possedere i requisiti strutturali richiesti dalla normativa vigente all'atto dell'approvazione del progetto o della proposta di assegnazione del finanziamento.

Per quanto riguarda i requisiti strutturali dei nuclei R.S.A., si fa rinvio a quanto stabilito dal D.P.C.M. 22 dicembre 1989 ed alle indicazioni contenute al punto 2. Requisiti strutturali generali – parte I dell'Allegato alla D.G.R. n. 38-16335/92.

## 3) *Requisiti gestionali*

- Personale

### 1) *Responsabilità sanitaria*

La responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psico-fisiche degli ospiti è affidata ad un medico, preferibilmente geriatra.

### 2) *Assistenza medica*

Deve essere garantita attraverso i medici; le UU.SS.LL. provvedono affinché nella struttura siano previsti in rapporto di 1 ogni 20 ospiti prevedendo l'integrazione nelle presenze degli stessi, in modo tale da coprire almeno 5 giorni la settimana.

### 3) *Assistenza infermieristica*

Deve essere garantita per la media di almeno 24 minuti al giorno per ospite con personale a rapporto di dipendenza o di collaborazione coordinata e continuativa; occorre prevedere, nell'ambito della dotazione infermieristica così determinata, una figura di coordinamento. Il numero degli operatori deve essere tale da garantire i turni festivi. L'assistenza notturna può essere garantita attraverso la pronta disponibilità.

### 4) *Assistenza alla persona*

Deve essere garantita una media di 166 minuti di assistenza per ospite al giorno, di cui 96, gravanti sui costi totalmente sanitari, relativi all'assistenza diretta alla persona e 20, gravanti sui costi totalmente non sanitari, relativi all'assistenza indiretta alla persona. Tale assistenza avverrà con personale a rapporto di dipendenza o di collaborazione coordinata e continuativa. Gli Enti utilizzano operatori in possesso della qualifica di assistente domiciliare dei servizi tutelari. Il numero degli operatori deve essere tale da garantire i turni notturni e festivi. Nell'ambito della dotazione di assistenti tutelari occorre prevedere una figura di coordinamento per struttura o per nucleo, in base alla capienza ed al modello organizzativo del presidio, che agirà secondo le indicazioni del responsabile della struttura. Infine l'attività di podologia è ricompresa nell'ambito dell'assistenza diretta alla persona tramite gli assistenti tutelari.

### 5) *Attività di riabilitazione*

In relazione alla necessità degli ospiti può essere utilizzato un terapista ogni 40 posti letto (garantendo comunque una media di 6 minuti di riabilitazione per ospite al giorno) con rapporto di dipendenza o collaborazione coordinata e continuativa. Detto terapista attua i trattamenti di norma su indicazione di un medico fisiatra o, qualora tale specialista non sia presente, del responsabile dell'assistenza sanitaria.

### 5) *Attività diverse*

I medici specialisti sono messi a disposizione della U.S.L. secondo le necessità degli ospiti; l'U.S.L. mette a disposizione lo psicologo, per le eventuali attività di sostegno previste all'interno del progetto individualizzato, utilizzando una unità già presente nella propria pianta organica. Tali figure professionali sono

messe a disposizione direttamente dai Presidi della U.S.L. e quindi non concorrono alla determinazione dei costi R.S.A., ma integrano e supportano le attività degli operatori presenti stabilmente all'interno della R.S.A.

Le attività di pulizia delle parti comuni della struttura, la preparazione dei pasti e l'attività di lavanderia possono essere affidate a ditte esterne, a condizione che siano garantiti i livelli di prestazione previsti dal punto seguente e non sia presente il personale addetto a tali attività.

Tra le figure professionali miste di assistenza sociale a rilievo sanitario il terapeuta occupazionale e l'animatore possono essere previsti entrambi in base alle necessità dell'utenza anche con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa; mentre la funzione di segreteria-portineria è prevista per garantire l'accesso alla struttura da parte dei visitatori in una ampia fascia temporale giornaliera.

La necessità di coordinare le prestazioni sanitarie con le attività socio-assistenziali comporta l'esistenza di specifici protocolli fra i servizi sanitari responsabili della organizzazione ed i servizi socio-assistenziali cointeressati.

- Aspetti gestionali e determinazione costi

Le linee guida ministeriali ed il quadro istituzionale esistente, indirizzano le Regioni ad individuare con certezza i costi e la relativa composizione dei medesimi, partendo dalle funzioni esercitate all'interno delle R.S.A. e dal livello assistenziale che deve essere garantito, per arrivare ad imputare il rilievo economico sia al F.S.R. che all'ospite. Per raggiungere questo obiettivo è necessario prendere in considerazione uno scenario tipo che viene identificato, considerata la realtà piemontese, nella R.S.A. per anziani non autosufficienti con 60 posti di residenzialità ed ovviamente a norma per quanto concerne sia i requisiti strutturali che quelli organizzativo-gestionali. Dal punto di vista funzionale le linee guida ministeriali riconoscono 4 macrolivelli omogenei di costi:

- 1) costi di assistenza sanitaria;
- 2) costi alberghieri e generali;
- 3) costi di assistenza sociale a rilievo sanitario;
- 4) costi edilizi (investimento e manutenzione edilizia, impiantistica e tecnologica).

Applicando gli indirizzi ministeriali tali costi risultano da imputare:

- 1) 100% a carico del F.S.R.;
- 2) 100% a carico dell'ospite;
- 3) a carico sia del F.S.R. che dell'ospite nel rapporto dei costi di cui al punto 1) e 2);
- 4) 50% a carico del F.S.R. e 50% a carico dell'ospite.

I costi del personale sono calcolati con la presenza effettiva di 4 ore per 7 gg. applicando il contratto di

pubblici dipendenti inseriti nella fascia contrattuale al 1° impiego; pertanto il numero di addetti per ogni professionalità dipendente è dato dalla relazione:

$$\text{n. addetti} = \frac{\text{min. presenza giornaliera per ospite} \times \text{n. ospiti}}{240 \text{ (4 h.} \times \text{60 min/h)}}$$

Nella R.S.A. tipo da 60 posti di residenzialità la quantificazione dei costi è la seguente:

### 1 – Costi totalmente sanitari

#### 1.1. Personale

- Infermiera professionale	n. 6
- Terapista della riabilitazione	n. 1,5
- Assistenti tutelari	n. 24
- Medico responsabile	n. 1

Costo annuo 1.1 L. 1.323.000.000

#### 1.2. Medicinali e presidi sanitari

Non vengono quantificati i relativi costi in quanto le UU.SS.LL. forniscono direttamente anche i medicinali e i presidi sanitari con particolare riguardo ai prodotti di cui all'Allegato B del vigente Nomenclatore Tariffario degli ausili e delle protesi.

#### 1.3. Altre prestazioni diagnostico-curative

Anche in questo caso non vengono quantificati i relativi costi per la determinazione della retta in quanto le UU.SS.LL. forniscono tali prestazioni direttamente. In particolare dal punto di vista organizzativo, occorre che, nel quadro dell'integrazione funzionale tra R.S.A. e altri presidi di U.S.L. (ospedale, poliambulatori, distretto, ecc.) siano previsti meccanismi di fruizione di tali prestazioni da parte degli ospiti della R.S.A., secondo le stesse modalità di quelle fruite da parte degli assistiti ricoverati presso le divisioni ospedaliere.

### 2 – Costi totalmente non sanitari

#### 2.1. Vitto

- Cuoco/Addetti cucina	n. 1 / n. 2
- Materie prime e di consumo	L. 13.000 p.l./gg.

#### 2.2. Lavanderia

- Biancheria	L. 4.300 p.l./gg.
- Guardarobiera	n. 1

#### 2.3. Pulizia

- Addetti parti comuni	n. 2
- Assistenti tutelari per nuclei	n. 5
- Materiali di consumo	L. 6.600 mq./anno

Costo annuo 2. L. 777.870.000

### 3 – Costi misti di assistenza sociale a rilievo sanitario

#### 3.1. Personale

- Terapista occupazionale e/o animatore	n. 1
---	------

- Responsabile struttura	n. 1
- Amministrativo segreteria/portineria	n. 2
- Parrucchiere	8 ore/sett.

#### 3.2. Assicurazioni

Pari al 2,5 per mille del valore globale della struttura.

#### 3.3. Spese generali e materiale di consumo

Comprendenti postali, telefoniche, formazione ed aggiornamento, imposte e tasse, acqua, ENEL, gas, Riscaldamento, rifiuti solidi urbani e speciali, trasporti, indennità amministratori, stampati, cancelleria, abbonamenti, elaborazione dati, tesoreria, spese tecniche e legali, animazione e tempo libero, culto.

Pari a	L. 9.000 p.l./gg.
Costo annuo 3.	L. 467.100.000

### 4 – Costi misti di tipo strutturale

Le linee guida ministeriali nei costi misti prevedono gli oneri per la manutenzione ordinaria, nonché gli oneri per la manutenzione straordinaria oppure in alternativa gli ammortamenti strutturali per la gestione convenzionata. Tali costi devono essere imputati sia in caso di gestione diretta che di convenzionamento e rapportandoli all'arco di vita media del presidio risultano simili nei due casi di computo della manutenzione straordinaria o ammortamenti. Per gli arredi e le attrezzature invece vengono computati gli ammortamenti su base decennale.

#### 4.1. Manutenzione ordinaria e straordinaria

Pari a	L. 14.000 p.l./gg.
--------	--------------------

#### 4.2. Ammortamento arredi e attrezzature

Pari a	L. 5.500 p.l./gg.
--------	-------------------

#### 4.3. Oneri finanziari e fondo di riserva

Pari a	L. 6.000 p.l./gg.
--------	-------------------

Costo annuo 4. L. 558.450.000

Applicando a tale composizione di spese gestionali l'imputazione dei costi così come previsto dalle linee guida ministeriali e tenendo conto del fatto che la saturazione dei posti letto non è mai del 100%, ma può essere quantificata mediamente nel 95%, risulta una tariffa giornaliera complessiva per ospite di L. 150.000 di cui L. 91.000 di quota sanitaria e di L. 59.000 di quota a carico dell'ospite.

In regime convenzionato le UU.SS.LL. e l'utente non rimborseranno quindi le giornate in cui l'ospite risulterà temporaneamente assente a qualsiasi titolo; allo stesso modo in caso di gestione diretta da parte della U.S.L. gli utenti non rimborseranno alla U.S.L. medesima la quota a loro carico per le giornate di assenza.

Relativamente agli scenari caratterizzati da R.S.A. con 40 posti di residenzialità si evidenzia che:

mantenendo proporzionalmente i parametri di personale previsti per le R.S.A. 60 p.l. e riducendo ad 1 unità il personale addetto cucina, ½ unità la guardarobiera, 1 unità addetto pulizia parti comuni, 20

ore/settimanali il terapista occupazionale, 1 unità di segreteria- portineria e 6 ore/settimanali il parrucchiere, permangono applicabili le stesse tariffe giornaliere previste per le R.S.A. da 60 p.l.

Nel caso siano previste R.S.A. da 80 p.l. cui possono essere collegati 1/2 nuclei R.A.F. per dare delle coerenti risposte assistenziali in presenza d'alta densità abitativa o di particolari condizioni di bisogno, la tariffa giornaliera complessiva per ospite risulta di L. 143.000 di cui L. 85.000 di quota sanitaria e L. 58.000 di quota a carico dell'ospite.

#### 4) *Regime transitorio*

Il presente regime transitorio è applicabile ai presidi già costruiti o già funzionanti prima dell'entrata in vigore della L.R. n. 37/90 e che non siano adeguati ai requisiti strutturali e gestionali di cui al presente atto.

Si possono individuare tre tipologie di presidi rientranti in questa fattispecie:

- 1) ex "Case Protette" di cui alle LL.RR. n. 20/82 e n. 59/85;
- 2) presidi socio-assistenziali inseriti nel piano pluriennale di investimenti ex art. 20, legge 67/88 per trasformazione in R.S.A.;
- 3) presidi socio-assistenziali non inseriti nel piano pluriennale di investimenti ex art. 20, legge 67/88.

#### *Ex "Case Protette" LL.RR. n. 20/82 e n. 59/85*

Tali strutture possono essere autorizzate al funzionamento come R.S.A. se, in ottemperanza a quanto previsto dalle LL.RR. n. 20/82 e n. 59/85, hanno provveduto agli adeguamenti richiesti dalla normativa nazionale allora vigente (D.M. 5 luglio 1975 e D.P.R. n. 384/78) sulla base di progetti approvati dalla Regione Piemonte ed a condizione che i gestori delle stesse strutture entro e non oltre sei mesi dall'esecutività del presente atto presentino un progetto, che dovrà essere approvato dalla Giunta Regionale, ai sensi del 2° comma dell'art. 28 della L.R. n. 37/90, relativo agli spazi da destinare ai servizi sanitari di cui al punto d) del criterio n. 9 del D.P.C.M. 22 dicembre 1989 ed entro la medesima data adeguino il personale ai parametri previsti per le R.S.A. dal presente atto.

In caso contrario la U.S.L. competente per territorio provvederà a termini art. 27 L.R. n. 37/90 ad autorizzare la struttura medesima come Presidio Socio-Assistenziale – ex Casa Protetta adeguando la convenzione ai parametri economici-gestionali previsti per le R.A.F. ed autorizzando solo le ammissioni dell'utenza relativa alle R.A.F.

#### *Presidi socio-assistenziali inseriti art. 20, legge n. 67/88 per trasformazione in R.S.A.*

Tali strutture si adeguano ai requisiti di cui al presente atto secondo i tempi previsti dal programma di finanziamento.

Nel transitorio ricadono nel regime di cui al punto successivo.

#### *Presidi socio-assistenziali non inseriti art. 20, legge n. 67/88*

Tali strutture, siano esse a regime di convenzione con la U.S.L. o no, possono mantenere l'autorizzazione al funzionamento come presidi socio-assistenziali con reparto per non autosufficienti in regime transitorio se entro e non oltre sei mesi dal presente atto presentano alla U.S.L. competente per territorio, idoneo progetto che preveda l'adeguamento ai requisiti minimi sottoelencati:

- 1) individuazione strutturale di nuclei appositi per soggetti non autosufficienti dalla capienza di 10/20 p.l. e contestuale adeguamento del personale ai parametri previsti per nuclei R.S.A. del presente atto;
- 2) tassativamente entro diciotto mesi dal presente atto, completamento degli adeguamenti ai requisiti minimi strutturali previsti per i presidi socio-assistenziali regime transitorio, ai sensi della D.G.R. n. 38-16335/92 con l'ulteriore previsione di un bagno assistito, di uno spazio adibito a soggiorno-pranzo di nucleo (min. 1 mq./ospite) per ogni nucleo individuato per soggetti non autosufficienti e di un idoneo locale da adibire a palestra di riabilitazione (anche in ambiente destinato ciclicamente ad altro uso).

In relazione alla tipologia di utenza è da prevedere l'installazione di idoneo ascensore, montalettighe.

Il rispetto dei termini tassativi contenuti nel programma di adeguamento e l'approvazione della U.S.L. competente per territorio sono condizione essenziale per la stipula delle convenzioni di cui al presente provvedimento.

Per quanto riguarda la determinazione delle tariffe e delle relative quote sanitarie ed a carico dell'utenza, in tali strutture occorre tenere conto dell'abbattimento dei costi 4. descritti al paragrafo 3) del presente atto per via delle condizioni generali delle strutture impiegate che presentano requisiti strutturali e patrimoniali decisamente inferiori rispetto alle nuove R.S.A. Tale riduzione può ragionevolmente quantificarsi nei 2/3 dei costi 4., pertanto in caso di reparti per soggetti non autosufficienti in regime transitorio, la tariffa giornaliera complessiva applicabile per utente risulta di L. 136.000 di cui L. 82.000 di quota sanitaria e L. 54.000 di quota a carico dell'utente.

In caso di modifica della autorizzazione esistente per variazione della proprietà, della tipologia di utenza ospitata, di ristrutturazione o di ogni altro caso di mutamento o decadenza delle condizioni autorizzative, ad esclusione di mera variazione del soggetto gestore, il presidio dovrà presentare entro 120 giorni un completo piano di adeguamento ai requisiti strutturali previsti al punto 2) del presente provvedimento per essere autorizzata ai sensi dell'art. 28, L.R. n. 37/90 od in alternativa richiedere all'U.S.L. competente per territorio

(art. 27, L.R. n. 37/90) di essere autorizzata come presidio R.A./R.A.F. avendone i requisiti richiesti dalla D.G.R. n. 38-16335/92.

Nel caso di mera variazione della gestione di un presidio occorre sia data tempestiva comunicazione alla U.S.L. di riferimento territoriale per gli adempimenti di competenza.

Le UU.SS.LL. pertanto, attraverso il coordinatore sanitario e sociale avvalendosi della Commissione di vigilanza, effettuano una attenta e rigorosa ricognizione dell'esistente su tutto il territorio, al fine di regolarizzare in maniera definitiva tutte le situazioni che si configurano al di fuori della normativa vigente e che sono soggette ai provvedimenti ed alle sanzioni conseguenti.

Successivamente, sulla base delle risultanze della ricognizione, ogni U.S.L. con atto deliberativo esprime un sintetico parere su ognuna delle strutture esistenti che ospitano anziani non autosufficienti.

La suddetta deliberazione viene inviata al Settore Programmazione Sanitaria dell'Assessorato Regionale alla Programmazione Sanitaria e delle Risorse ed al Settore Programmazione e Verifica dell'Assessorato Regionale all'Assistenza, entro 60 gg. dall'esecutività del presente atto.

In particolare dovranno essere oggetto di attenta riflessione quelle situazioni che, oltre a situarsi al di fuori della normativa vigente, costituiscono elementi di spesa per il F.S.R. in termini di rapporti convenzionali.

In questi casi, laddove esistano possibili alternative in linea con la normativa vigente, relativamente ai requisiti strutturali ed organizzativo-gestionali, occorre riesaminare le convenzioni stipulate fino alla loro rescissione nel caso in cui i presidi in questione non possano adeguarsi alle previsioni del presente provvedimento.

## RESIDENZE ASSISTENZIALI FLESSIBILI

### 1) Utenza

La R.A.F. è una residenza socio-assistenziale di "ospitalità permanente" che può realizzare un sufficiente livello di assistenza sanitaria (infermieristica e riabilitativa) integrato da un livello medio di assistenza tutelare ed alberghiera.

Tale residenza collettiva è destinata ad anziani non autosufficienti, per i quali non sia possibile attivare un programma di A.D.I. e che non necessitano delle cure e prestazioni sanitarie tipiche della R.S.A.

Tali strutture singole o inserite in reparti all'interno di R.S.A. e delle residenze assistenziali per soggetti parzialmente non autosufficienti, forniscono prestazioni sanitarie analoghe a quelle erogabili in A.D.I.

### 2) Requisiti strutturali

I requisiti strutturali previsti per le R.A.F. sono contenuti nella D.G.R. n. 38-16335/92 di attuazione del P.S.S.R. 1990/92 per i presidi socio-assistenziali.

Dal punto di vista strutturale, tali residenze sono del tutto simili alle R.S.A. e si differenziano da queste ultime unicamente per la minore dotazione di ambienti sanitari (è previsto solo l'ambulatorio, mancano le aree di fisiochinesiterapia e podologia). Tali residenze sono inserite in un programma di tipologie strutturali flessibili che consente agevolmente la conversione delle medesime sia in R.A. (variando le destinazioni d'uso dei servizi di nucleo in ulteriori aree abitative) che in R.S.A. (inserendo all'interno delle medesime le funzioni sanitarie mancanti).

Tali strutture, previste in nuclei da 10 o 20 p.l., possono raggiungere la capienza massima di 60 p.l. (80 p.l. in caso di conversione in nuclei R.A.).

La previsione del nucleo da 10 p.l. (15 p.l. R.A.) consente di usufruire delle medesime strutture anche per comunità alloggio disabili fisici, psichici o sensoriali.

Reparti isolati di tipologia R.A.F. da 10 o 20 p.l. possono essere inseriti all'interno dei presidi socio-assistenziali esistenti per soddisfare le necessità di sopravvenuta non autosufficienza degli ospiti, consentendo il contenimento dei costi non sanitari e misti dei reparti.

D'altro canto le strutture singole da 10 p.l. R.A.F. per anziani non autosufficienti, pur non rispettando la logica delle "economie di scale" consentono di dare una risposta concreta alla popolazione piemontese delle aree marginali e montane a bassa densità abitativa raggiungendo contemporaneamente un duplice obiettivo che è lo specchio di una civiltà matura:

- 1) mantenere gli ospiti nel loro ambiente di vita;
- 2) consentire nuovi livelli occupazionali in zone depresse altrimenti destinate allo spopolamento.

Per tali strutture occorrerà quindi accettare maggiori costi, a parità di livello assistenziale, rispetto a strutture di maggiore capienza.

Ad integrazione dei requisiti strutturali previsti per le strutture R.A.F. dalla D.G.R. n. 38-16335/92 è necessario inserire la funzione della palestra per attività fisiche, terapeutiche e riabilitative.

Ponendosi in un'ottica di superamento del mero "standard" quantitativo e di ricerca del massimo sfruttamento temporale degli ambienti collettivi, è richiesto di svolgere tale funzione all'interno di ambienti esistenti nelle strutture che per propria destinazione d'uso risultano sottoutilizzate nell'arco temporale giornaliero.

La scelta degli ambienti da destinare a palestra "part-time" è libera ed a carico dell'Ente gestore, a puro titolo indicativo sono suggeribili i locali per attività occupazionali o nelle strutture di maggior capienza la sala polivalente. Da tenere presente la necessità di disporre di idoneo locale di ricovero attrezzi nella vicinanza del locale prescelto per l'attività fisioterapica.

### 3) Requisiti gestionali

Le UU.SS.LL., qualora non siano in grado di avviare programmi di A.D.I. a totale copertura del proprio fabbisogno, garantiscono la copertura dei costi sostenuti per l'assistenza sanitaria ai propri cittadini non autosufficienti ricoverati all'interno delle R.A.F. presenti sul proprio territorio.

- Personale

#### 1) Assistenza medica

Deve essere garantita attraverso i medici di base; le UU.SS.LL. provvedono affinché nella struttura siano previsti in rapporto di 1 ogni 20 ospiti prevedendo una sorta di integrazione nelle presenze degli stessi, in modo da coprire almeno 5 giorni alla settimana.

#### 2) Assistenza infermieristica

Deve essere garantita per una media di almeno 12 minuti al giorno per ospite con personale a rapporto di dipendenza o di collaborazione coordinata e continuativa; occorre prevedere nell'ambito della dotazione infermieristica così determinata, una figura di coordinamento. Il numero degli operatori deve essere tale da garantire i turni festivi. L'assistenza notturna può essere garantita attraverso la pronta disponibilità.

#### 3) Assistenza alla persona

Deve essere garantita una media di almeno 84 minuti di assistenza per ospite, di cui 72 gravanti sui costi totalmente sanitari, relativi all'assistenza diretta alla persona, e 12, gravanti sui costi totalmente non sanitari, relativi all'assistenza indiretta alla persona. Tale assistenza avverrà con personale a rapporto di dipendenza o di collaborazione coordinata e continuativa. Gli Enti dovranno avvalersi di personale in possesso della qualifica di assistente domiciliare e dei servizi tutelari. Il numero degli operatori deve essere tale da garantire i turni notturni e festivi. Nell'ambito della dotazione di assistenti tutelari occorre prevedere una figura di coordinamento per struttura o nucleo, in base alla capienza ed al modello organizzativo del presidio.

Infine l'attività di podologia può essere ricompresa nell'ambito dell'assistenza diretta alla persona tramite gli assistenti tutelari, che agiranno secondo le indicazioni del responsabile dell'assistenza infermieristica.

#### 4) Attività di riabilitazione

In relazione alle necessità degli ospiti può essere utilizzato un terapeuta ogni 40 posti letto (garantendo comunque una media di 6 min. di riabilitazione per ospite al giorno) con rapporto di dipendenza o di collaborazione coordinata e continuativa.

#### 5) Attività diverse

Altre figure professionali sanitarie (geriatra, fisiatra, ecc.) sono messe a disposizione dalla U.S.L. secondo necessità: l'U.S.L. metterà altresì a disposizione la figura professionale dello psicologo fra le attività a sostegno da

prevedersi all'interno del progetto individualizzato, identificandola nell'ambito della propria pianta organica.

Tali figure professionali sono messe a disposizione direttamente dai Presidi della U.S.L. e quindi non concorrono alla determinazione dei costi R.A.F., ma vanno ad integrare e supportare le attività degli operatori presenti stabilmente all'interno della R.A.F.

Per quanto riguarda le attività di pulizia delle parti comuni della struttura può esserne previsto l'affidamento a ditta esterna, analogamente alla fornitura pasti e alla lavanderia, purché siano garantiti i livelli di prestazione previsti dal punto seguente.

Tra le figure professionali miste di assistenza sociale a rilievo sanitario, il terapeuta occupazionale e l'animatore possono essere previsti entrambi in base alle necessità espresse dall'utenza anche con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa; mentre la funzione di segreteria-portineria è prevista per garantire l'accesso alla struttura da parte dei visitatori in una ampia fascia temporale giornaliera.

- Aspetti gestionali e determinazione costi

Mantenendo costante la tipologia di calcolo già sviluppata per le R.S.A., così come previsto dalle linee guida n. 1/94 del Ministero della Sanità e richiamando inoltre, per quanto compatibili, tutte le note esplicative dei costi assunti per le medesime R.S.A., di seguito sono indicate le componenti dei costi R.A.F., con le opportune riduzioni di prestazioni sanitarie e con la previsione per i quattro modelli strutturali previsti 10-20-40-60 p.l., tenendo presente che le indicazioni riguardano strutture singole e non l'inserimento di reparti R.A.F. all'interno di residenze assistenziali di maggiore capienza.

Nei presidi da 10 p.l. R.A.F., alla pulizia delle parti comuni provvede l'assistente tutelare addetto al riordino dei nuclei abitativi.

Applicando a tali composizioni di organico e di spese gestionali l'importo dei costi così come previsto dalle linee-guida ministeriali risulta, per le R.A.F. da 20-40-60 p.l., una tariffa giornaliera media complessiva per utente di L. 122.000 di cui L. 67.000 di quota sanitaria e L. 55.000 di quota a carico dell'utente.

Mentre le strutture minori 10 p.l. R.A.F. comportano un notevole variazione di tariffa che risulterebbe pari a L. 152.000 complessive per utente al giorno, di cui L. 94.000 di quota sanitaria e L. 58.000 di quota a carico dell'utente; al fine di incentivare la presenza di tali strutture in determinate realtà territoriali del Piemonte, le U.S.L. possono, documentando la scelta in base alle considerazioni espresse al paragrafo precedente, stipulare convenzioni con strutture R.A.F. 10 p.l. per casi specifici, applicando la quota sanitaria prevista per le strutture R.S.A. 80 p.l. (L. 85.000 quota F.S.R. e L. 58.000 quota ospite).

Nel caso di reparti R.A.F., anche da 10 p.l. inseriti nell'ambito di presidi socio-assistenziali esistenti, a causa delle economie di gestione del personale presente nella

struttura, le tariffe risultano pressappoco costanti ed uniformabili alle previsioni delle tipologie strutturali singole da 20-40-60 p.l. (L. 122.000 di cui L. 67.000 quota sanitaria e L. 55.000 quota ospite).

Ad ulteriore integrazione dell'attuale quadro normativo sui presidi socio-assistenziali esistenti e funzionanti in regime transitorio, così come previsto dalla D.G.R. n. 38-16335/92 in caso di utenza non autosufficiente avente condizioni cliniche di ospitalità all'interno di reparti R.A.F., è necessario introdurre ulteriori migliorie tecnico-funzionali agli attuali requisiti minimi richiesti dal "regime transitorio" di cui alla menzionata D.G.R. n. 38-16335/92; pertanto, per mantenere l'autorizzazione al funzionamento come presidi socio-assistenziali con reparto per non autosufficienti non bisognosi di particolari cure mediche, in regime transitorio, i soggetti gestori devono presentare entro e non oltre sei mesi dalla data del presente atto alla U.S.L. competente per territorio, idoneo progetto che preveda l'adeguamento ai requisiti minimi sottoelencati:

- 1) individuazione strutturale di nuclei appositi per soggetti non autosufficienti dalle capienze di 10/20 p.l. e contestuale adeguamento del personale ai parametri previsti per i nuclei R.A.F. del presente atto;
- 2) tassativamente entro diciotto mesi dal presente atto, completamento degli adeguamenti ai requisiti minimi strutturali previsti per i presidi socio-assistenziali a regime transitorio ai sensi della D.G.R. n. 38-16335/92 con l'ulteriore previsione di un bagno assistito, di uno spazio adibito a soggiorno-pranzo di nucleo (min. 1 mq./ospite) per ogni nucleo individuato per soggetti non autosufficienti e di un idoneo locale adibito a palestra di riabilitazione (anche in ambiente destinato ciclicamente ad altro uso).

Il rispetto dei termini tassativi contenuti nel programma di adeguamento e l'approvazione della U.S.L. competente per territorio sono condizione essenziale per la stipula delle convenzioni di cui al presente provvedimento.

Anche per le R.A.F. a regime transitorio come per la R.S.A., per quanto riguarda la determinazione della tariffa e delle relative quote sanitarie ed a carico dell'utenza, occorre tenere conto dell'abbattimento dei costi 4. ad una quota pari ad 1/3 dei medesimi; pertanto in caso di reparti per soggetti non autosufficienti (utenza ospitabile nelle R.A.F.) in regime transitorio la tariffa giornaliera complessiva applicabile per utente risulta di L. 110.000 di cui L. 61.000 di quota sanitaria e L. 49.000 di quota a carico dell'utente.

#### CRITERI DI ACCESSO AI SERVIZI E ALLE PRESTAZIONI

La composizione, i compiti e gli strumenti dell'Unità di Valutazione geriatria sono quelli di cui alla D.G.R. n.

113-16221 del 22 giugno 1992 e n. 188-24789 del 3 maggio 1993.

L'U.V.G. ai fini dell'individuazione del presidio presso il quale inserire la persona anziana non autosufficiente, dovrà tenere conto anche delle sue eventuali preferenze e dovrà verificare con il relativo responsabile che la struttura individuata sia in grado di soddisfare le necessità assistenziali della persona stessa.

L'U.V.G. si riunirà periodicamente in relazione al numero di casi da prendere in carico, al fine di garantire una risposta entro 30 gg. dalla richiesta, salvo casi di particolare urgenza.

#### MODALITA' DI COPERTURA DELLE TARIFFE

La quota sanitaria della tariffa è a carico dell' U.S.L., ove è ubicata la struttura convenzionata con recupero per compensazione della mobilità sanitaria tra le UU.SS.LL. secondo la residenza dell'assistito, tenuto conto del dettato dell'art. 8 del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223.

Il recupero della quota parte della tariffa a carico dell'utente potrà avvenire:

- attingendo al reddito individuale (pensione, indennità di accompagnamento e altri redditi), in modo da assicurare alla persona la disponibilità di un quota per spese personali (ad es. L. 200.000 mensili);
- assicurando l'intervento economico dei parenti tenuti al mantenimento ai sensi dell'art. 433 del C.C. e/o del – comune di residenza, per la quota non coperta con i criteri precedenti.

Sia per le strutture R.A.F., come per le R.S.A., le tariffe determinate col presente provvedimento saranno aggiornate con atto regionale.

#### RESIDENZE ASSISSENZIALI

Le residenze per soggetti parzialmente non autosufficienti, siano esse delle tipologie R.A. – C.A.S.A. – R.A.B. – ecc., o presidi socio assistenziali in regime transitorio, così come previsti dalla D.G.R. 38-16335/92 di attuazione del P.S.S.R. 90/92, si pongono al di fuori delle strutture proprie e convenzionate con il S.S.R.

La tipologia strutturale prevista dalla R.A. consente un'agevole conversione in R.A.F. e quindi è garantita, in caso di necessità sopravvenute, la flessibilità totale o parziale della struttura.

I livelli di protezione sociale e di assistenza tutelare offerta agli ospiti di tali strutture, rimangono quelli previsti dalla D.G.R. 38/16335/92 e le eventuali o prestazioni di medicina generale, attività infermieristiche e riabilitative sono assicurati dai servizi sanitari distrettuali pertanto non sono previsti convenzioni e costi per ricovero a carico del S.S.R.

Residenze Assistenziali Flessibili		10 p.l.	20 p.l.	40 p.l.	60 p.l.
<b>1. Costi totalmente sanitari</b>					
<b>1.1. Personale</b>					
- Infermiere professionale	n.	1/2 (12 min./ut. gg.)	1 (12 min./ut. gg.)	2 (12 min./ut. gg.)	3 (12 min./ut. gg.)
- terapeuta riabilitazione	n.	1/4 (7 h./sett. = 6 m./ut. gg.)	1/2 (6 m./ut. gg.)	1 (6 m./ut. gg.)	1+1/2 (6 m./ut. gg.)
- assistente tutelare	n.	5 (min. x turni)	6 (72 min. x turni)	12 (72 min. x turni)	18 (72 min. x turni)
<b>2. Costi totalmente non sanitari</b>					
<b>2.1. Vitto</b>					
- Cuoco	n.	-	1	1	1
- addetto cucina	n.	-	-	1	2
- materie prime di cons.	L.	20.000 p.l./gg.	13.000 p.l./gg.	13.000 p.l./gg.	13.000 p.l./gg.
<b>2.2. Lavanderia</b>					
- biancheria	L.	4.300 p.l./gg.	4.300 p.l./gg.	4.300 p.l./gg.	4.300 p.l./gg.
- guardarobiera	n.	-	-	1/2	1
<b>2.3. Pulizie</b>					
- addetti pulizia parti comuni	n.	-	1/2	1	2
- assistenti tutelari per riordino nuclei abitativi	n.	1	1	2	3
- materiali di consumo	L.	6.600 mq./anno	6.600 mq./anno	6.600 mq./anno	6.600 mq./anno
<b>3. Costi misti (sanitari/non sanitari)</b>					
<b>3.1. Personale</b>					
- terapeuta occupazionale e/o animatore	n.	5 ore/sett.	10 ore/sett.	20 ore/sett.	1
- responsabile di struttura	n.	-	1	1	1
- amministrativo	n.	1	1	1	1
- segreteria-portineria	n.	-	-	1	2
- parrucchiere	n.	2 ore/sett.	3 ore/sett.	6 ore/sett.	8 ore/sett.
3.2. Assicurazioni	L.	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
3.3. Spese generali, materiale consumo e piccole attrezzature	L.	8.000 p.l./gg.	8.000 p.l./gg.	8.000 p.l./gg.	8.000 p.l./gg.
<b>4. Costi misti (50% sanitari)</b>					
4.1. Manutenzione ordinaria e straordinaria	L.	13.000 p.l./gg.	13.000 p.l./gg.	13.000 p.l./gg.	13.000 p.l./gg.
4.2. Ammortam. arredi e attrezz.	L.	5.000 p.l./gg.	5.000 p.l./gg.	5.000 p.l./gg.	5.000 p.l./gg.
4.3. Oneri finanz. gest. e fondo di riserva	L.	5.000 p.l./gg.	5.000 p.l./gg.	5.000 p.l./gg.	5.000 p.l./gg.

**Allegato B**

E' qui presentato uno schema-tipo di convenzione, che al suo interno contiene alcuni elementi considerati fondamentali al fine di una corretta regolamentazione dei rapporti intercorrenti tra Servizio Sanitario Nazionale e presidi che ospitano anziani non autosufficienti.

La convenzione, stipulata tra il presidio e la U.S.L. di ubicazione del presidio stesso, deve contenere una chiara identificazione delle tariffe praticate, in modo da permettere la compensazione della mobilità sanitaria.

Si precisa in particolare che:

nella premessa occorre specificare se il contraente sia proprietario o semplice gestore del presidio;

all'art. 2 devono essere indicati il numero e la tipologia degli operatori sanitari (geriatra, psicologo, terapeuta della riabilitazione, ecc.) messi a disposizione dell'U.S.L., con la specificazione del monte-ore previsto per ognuno;

all'art 3 devono essere indicati il numero e la tipologia degli operatori impiegati nelle attività di assistenza sanitaria, sociale a rilievo sanitari, sociale e alberghiera del presidio; inoltre devono essere specificate le modalità organizzative adottate (turni di lavoro e monte-ore previsto) e le modalità di coordinamento tra operatori del presidio e operatori dell'U.S.L.;

all'art. 5 devono essere specificate le modalità di pagamento della quota alberghiera praticata qualora venga prevista una permanenza dell'utente a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale a – seguito della dimissione ospedaliera, come indicato nell' Allegato A;

all'art. 6 devono essere specificate le modalità concrete, che permettano la tutela di alcuni diritti fondamentali degli utenti (diritto alla riservatezza, diritto di informazione e di partecipazione alla presa delle decisioni) e il rispetto della dignità della persona e delle sue abitudini.

**SCHEMA-TIPO DI CONVENZIONE**

Fra il sig.....nella sua qualità di Direttore Generale dell'U.S.L. n. ....con sede legale in ..... (Partita I.V.A. n.....) di seguito denominata semplicemente "U.S.L." e il sig.....nella sua qualità di.....con sede legale in .....(Partita I.V.A. n.....) di seguito denominato semplicemente "Ente" (all'uopo autorizzato da.....), si conviene e si stipula quanto segue:

**Art 1**

*Oggetto alla convenzione*

L'U.S.L. convenziona l'Ente per l'esercizio dell'attività ..... (residenza sanitaria assistenziale, residenza assistenziale flessibile, R.S.A./R.A.F. a regime transitorio) rivolta ad anziani non autosufficienti, che svolge nel presidio

denominato....., sito in via ..... n..... Comune di ....., telefono....., regolarmente in possesso dell'autorizzazione regionale al funzionamento per n.....posti letto (deliberazione Giunta Regionale n. .... del.....; deliberazione dell'U.S.L. n..... del.....).

L'Ente accetta il convenzionamento e si impegna a garantire agli ospiti le prestazioni dovute nel rispetto delle leggi vigenti e secondo i criteri stabiliti dalla D.G.R. n..... e le modalità previste nei successivi articoli.

**Art.2**

*Risorse messe a disposizione dall'U.S.L.  
Per l'esercizio delle attività*

L'U.S.L. mette a disposizione dell'Ente per l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria i seguenti operatori.....

I suddetti operatori si coordineranno con gli operatori presenti nella struttura secondo le seguenti modalità.....

L'U.S.L. si impegna a fornire direttamente i presidi sanitari con particolare riguardo ai prodotti di cui all' Allegato B del vigente Nomenclatore Tariffario degli ausili e delle protesi.

**Art. 3**

*Risorse messe a disposizione dall'Ente  
Per l'esercizio delle attività*

Per l'esercizio delle attività oggetto della presente convenzione l'Ente mette a disposizione il personale necessario a:

- assistenza sanitaria;
- assistenza sociale a rilievo sanitario;
- assistenza sociale-alberghiera.

A questo riguardo l'U.S.L. e l'Ente convengono che detto personale sia organizzato secondo le seguenti modalità.....

Vengono affidati a ditte esterne i seguenti servizi:.....

**Art. 4**

*Impegni dei contraenti*

L'Unità Valutativa Geriatrica dell'U.S.L. dovrà per ogni persona da assistere predisporre l'istruttoria e svolgere gli adempimenti necessari ad accertare i requisiti per poter fruire dell'intervento, secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

Le impegnative relative ai singoli interventi contemplati dalla presente convenzione sono rilasciate su documentata richiesta e nel rispetto del diritto di libera scelta dell'interessato dall'U.S.L. ove l'assistito ha la residenza anagrafica.

L'Ente acquisito il necessario nulla-osta, nel caso in cui l'assistito provenga da U.S.L. diversa da quella firmataria del presente accordo, accoglie la persona e da comunicazione della data di inserimento alla stessa U.S.L. firmataria e all'U.S.L. che ha emesso l'impegnativa, entro .....giorni.

L'Ente si impegna a mantenere aggiornata la documentazione relativa ai requisiti posseduti dagli assistiti al fine di permettere all'U.S.L. gli accertamenti e le verifiche necessarie, nonché a comunicare le eventuali dimissioni, anche temporanee ed i decessi.

Qualora per esigenze di trattamento o per la natura del quadro clinico il soggetto assistito debba essere ricoverato presso ospedali e/o altri centri di diagnosi e cura sarà compito dell'Ente contattare il medico curante o, in caso di urgenza, contattare il presidio ospedaliero. Del ricovero l'Ente darà comunicazione tempestiva alle UU.SS.LL. competenti.

Art. 5

*Adempimenti amministrativi e contabili*

L'entità della tariffa a carico del Fondo Sanitario Nazionale ai sensi della D.G.R. n..... del.....è stabilita in L..... giornaliera.

Il pagamento della quota sopra citata verrà effettuato mensilmente tramite acconto pari al ..... % a cura dell'U.S.L. che entro 90 giorni si impegna a liquidare il saldo spettante.

Nell'ambito dei criteri fissati dalla D.G.R. n..... del ..... con riferimento al pagamento degli oneri a carico dell'utente valgono le norme di cui agli artt. 24 bis e 33 bis della L.R. 20/82 modificata ed integrata

Art.6

*Diritti degli utenti*

(vedi Allegato B, paragrafo terzo)

Art. 7

*Qualificazione, riqualificazione e aggiornamento del personale*

Il personale è inquadrato nelle diverse qualifiche, di cui alla D.G.R. n..... del ....., in base a quanto previsto dal contratto nazionale collettivo di lavoro .....e dai criteri regionali in vigore.

L'Ente si impegna ad assicurare, nei limiti previsti dal C.C.N.L., la partecipazione del personale a corsi ed iniziative di formazione, di aggiornamento e riqualificazione.

Art.8

*Attività di controllo dell'U.S.L.*

L'U.S.L. può in ogni momento esercitare un'attività di controllo sullo svolgimento delle prestazioni ed il controllo contabile al fine di accertare l'attuazione di quanto previsto nella presente convenzione.

Art. 9

*Decorrenza e durata della convenzione*

La presente convenzione ha effetto a partire dal ..... ed ha durata annuale. E' rinnovata di anno in anno con apposito provvedimento.

Art. 10

*Soluzione delle controversie*

Per tutto quanto non previsto dal presente contratto le parti fanno espresso riferimento alle norme del Codice civile e di Procedura Civile.

In caso di contenzioso tra le parti derivanti dall'applicazione del presente contratto, lo stesso dovrà essere devoluto ad un Collegio arbitrale, composto da .....

Art. 11

*Disciplina delle inadempienze*

Eventuali inadempienze da parte dei contraenti alla presente convenzione devono essere contestate per iscritto entro..... giorni dalla loro rilevazione chiedendo l'adempimento.

Qualora però l'U.S.S.L. riscontri nei servizi forniti dall'Ente condizioni non risolvibili, che impediscano lo svolgimento delle attività da esse affidate, può risolvere anticipatamente la presente convenzione con un preavviso scritto di ..... giorni.

Per converso, in caso di persistente inosservanza da parte dell'U.S.L. delle obbligazioni assunte con la presente convenzione l'Ente con il preavviso di cui al comma precedente, può risolvere anticipatamente la convenzione con obbligo di rimborso da parte dell'U.S.L. dei crediti già maturati, debitamente comprovati.